

Subjektive Lebensqualität von Menschen mit einer psychischen Erkrankung: Von der Messung der Lebenszufriedenheit zu dynamischen Anpassungsprozessen und Recovery. Ergebnisse einer Längsschnittuntersuchung mit Methodentriangulation

Abstract

Hintergrund, Fragestellung und Methoden: Trotz Hinwendung der Psychiatrie zu vorwiegend biologischen Erklärungsmodellen psychischer Erkrankungen zeigen Befunde zu aktuellen Konzepten wie subjektive Lebensqualität und Recovery die Bedeutung subjektiven Wohlbefindens für die Bewältigung psychischer Erkrankungen. Die vorliegende Arbeit analysierte mittels Mehrebenenanalyse die Daten einer quantitativen Längsschnittuntersuchung mit Einflussfaktoren und Veränderungen der subjektiven Lebensqualität von Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Jahren nach einem Klinikaufenthalt (n=183). Mittels qualitativer Interviews wurde zudem die individuelle Bedeutung verschiedener Lebensbereiche sowie der psychischen Erkrankung für die subjektive Lebensqualität aus der Perspektive der Betroffenen erhoben (n=16). Auf theoretisch-konzeptueller Ebene wurde angestrebt, die Befunde mit Modellen und Erkenntnissen der psychologischen Forschung zu Wohlbefinden zu verknüpfen, da bisher in der sozialpsychiatrischen Lebensqualitätsforschung theoretische Konzeptualisierungen wenig berücksichtigt wurden. Ergebnisse: Die gefundenen Einflussfaktoren bestätigen bisherige Forschungsergebnisse: so zeigen Arbeitstätigkeit und soziale Unterstützung, Aspekte von Stigmatisierung, die Belastung durch Lebensereignisse und insbesondere die psychiatrische Symptomatik sowie die Einnahme von Medikamenten einen Einfluss auf die subjektive Lebensqualität. In den qualitativen Interviews wurden zusätzlich Freizeitaktivitäten und eine minimale finanzielle Absicherung als wichtig für die subjektive Lebensqualität benannt. Der beobachtete Anstieg der subjektiven Lebensqualität nach dem Klinikaufenthalt lässt sich in hauptsächlich auf einen Rückgang psychopathologischer Symptome zurückführen. Im weiteren Verlauf der Untersuchung stabilisierte sich die Einschätzung der subjektiven Lebensqualität auf einem relativ hohen Niveau trotz sich tendenziell verschlechternder objektiver Lebensumstände im Rahmen einer verstärkten Abhängigkeit von institutioneller Unterstützung (Arbeit, Wohnen, Existenzsicherung). In den Interviews wurden Veränderungen der subjektiven Lebensqualität einerseits im Zusammenhang mit dem Leiden an den Symptomen der Erkrankung und dem Verzicht auf subjektiv wichtige Aktivitäten infolge der Einschränkungen durch die Erkrankung erwähnt. Immer wieder wurden jedoch auch positive Entwicklungen im Rahmen biografischer Lernprozesse als subjektiv wertvolle und für die Bewältigung wesentliche Veränderungen der subjektiven Lebensqualität geschildert. Diskussion: In Bezug auf die Modelle der Wohlbefindensforschung zeigt sich, dass die Zusammenhänge zwischen der objektiven Lebenssituation und der subjektiven Lebensqualität wesentlich von Faktoren wie dem Selbstwert, kognitiver Bewertungsstile, der momentanen Stimmung und Persönlichkeitsmerkmalen, insbesondere aber von für jeden Menschen einzigartigen persönlichen Wünschen, Zielen und Erwartungen geprägt werden. Dies zeigt sich auch in der vorliegenden Arbeit. Da all diese Faktoren in hohem Ausmass individuell variieren, ist empirisch kein direkter Zusammenhang zwischen objektiven Umständen und der subjektiven Bewertung zu beobachten, wenn Gruppen oder durchschnittliche Effekte untersucht werden. Für Forschung und Praxis erscheint die vermehrte Ausrichtung am Individuum und seinen Wünschen, Erwartungen und Zielen wünschenswert, wobei hier aktuelle Ansätze und Konzepte wie Recovery, Empowerment und Alltags- und Lebensweltorientierung als zukunftsweisend gelten können. Individuelle Wünsche, Ziele und Erwartungen spielen auch im Zusammenhang mit den beobachteten Veränderungen subjektiver Lebensqualität eine wichtige Rolle. Diese lassen sich als Anpassungsprozesse interpretieren, indem eine stetige Angleichung innerer Bewertungskriterien an die

äusseren Gegebenheiten und Möglichkeiten erfolgt. Dies geschieht in erster Linie über die Umgestaltung persönlicher Erwartungen, Wünsche und Ziele, oder aber über den Versuch, die äusseren Umstände zu verändern. Auch die beschriebenen Lern- und Bewältigungsprozesse können als Anpassung interpretiert werden. Daraus folgt, dass subjektive Lebensqualität nicht ausschliesslich als statisches „Ergebnis“ oder „Outcome“ verschiedener anderer - insbesondere psychologischer - Phänomene, sondern selbst als dynamischer Prozess zu konzeptualisieren ist, welcher eng mit einer gelingenden Anpassung und Bewältigung verknüpft ist. Die Anpassungsleistung, die Menschen mit psychischen Erkrankungen leisten müssen, ist oft mit der Aufgabe oder Umgestaltung von Lebenszielen verbunden, die für gesunde Menschen eine Selbstverständlichkeit darstellen. Häufig sind die Einschränkungen durch die Erkrankung und die geforderte Anpassung aber so gross, dass die Unterstützung durch Fachpersonen unerlässlich ist. Eine deren wichtigster Aufgaben ist es, gemeinsam mit den Betroffenen neue Zukunftsperspektiven zu entwickeln. Dies kann aber nur gelingen, wenn dem biopsychosozialen Gesundheitsverständnis eine zeitliche Komponente der Entwicklung hinzugefügt wird, die es erlaubt, das Ziel der Verbesserung von subjektiver Lebensqualität mit biografischen Lern- und Entwicklungsprozessen in Verbindung zu bringen.

**Subjektive Lebensqualität von Menschen mit einer psychischen
Erkrankung:
Von der Messung der Lebenszufriedenheit zu dynamischen Anpassungs-
prozessen und Recovery**
Ergebnisse einer Längsschnittuntersuchung mit Methodentriangulation

Abhandlung
zur Erlangung der Doktorwürde
der Philosophischen Fakultät
der Universität Zürich

vorgelegt von
Brigitte Müller

von Winterthur und Dägerlen ZH

Angenommen im Herbstsemester 2007 auf Antrag von Herrn Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Wulf
Rössler und Herrn Prof. Dr. Dr. Andreas Maercker

Zürich, 2008

Dank

An erster Stelle möchte ich all jenen Personen danken, die an der SIPSY-Studie teilgenommen haben und bereit waren, dem Forschungsteam mehrmals in langen und teilweise anstrengenden Befragungen Auskunft über ihre Lebenssituation zu geben. Insbesondere gelten mein Dank und meine Anerkennung jenen Personen, die mir in einem weiteren Interview auf sehr persönliche Weise einen Einblick in ihren Alltag gewährt haben. Ihr Lebensmut und ihre Fähigkeit, ihr Leben trotz teilweise grosser Schwierigkeiten zu gestalten und diese zu bewältigen, haben mich tief beeindruckt.

Herrn Prof. Dr. Wulf Rössler möchte ich herzlich für die Möglichkeit danken, diese Arbeit bei ihm zu verfassen, den grosszügig gewährten Zugang zur Infrastruktur und insbesondere das Wohlwollen, das er meiner Arbeit in den letzten drei Jahren entgegengebracht hat. Prof. Dr. Dr. Andreas Maercker danke ich für seine kommunikative und unkomplizierte Art in seiner Funktion als Zweitreferent.

Prof. Dr. Urs Schallberger und Prof. Dr. Georg Kohler möchte ich für die kurzen, aber wichtigen theoretischen Inputs sowie Herrn Dr. Jan Kruse für seine Anregungen bezüglich des Interviewleitfadens danken.

Dr. Carlos Nordt danke ich für die nun schon langjährige angenehme, lustige und fachlich anregende Bürogemeinschaft, für seine wertvollen Anregungen, Hilfestellungen und Diskussionsbereitschaft im Hinblick auf methodische Fragen, für den IT-Support sowie für seine unschätzbare Leistung als gnadenloser Korrekturleser.

Meinem Vorgesetzten Prof. Dr. Stefan Schnurr möchte ich für die Unterstützung und die hilfreiche Gewährung der Weiterbildungszeit in der Phase vor dem Abgabetermin der Doktorarbeit danken. Meiner Kollegin Dr. Dorothee Schaffner gilt mein Dank für Korrekturarbeiten und wichtige inhaltliche Inputs im Hinblick auf die Bedeutung von biografischen Lernprozessen.

Meinen Freundinnen und Freunden sowie meiner Familie danke ich herzlich für das, was im sozialwissenschaftlichen Jargon trocken als „soziale Unterstützung“ zusammengefasst wird und das doch so viel mehr enthält und bedeutet, als dass zwei Worte genügen würden.

Benjamin Preiswerk danke ich für die Unterstützung, die Geduld und Ermutigungen, die Endspurt-Sonnenblume und das Glück.

Zürich, im Juli 2008

Brigitte Müller

Zusammenfassung

Die Deinstitutionalisierung der psychiatrischen Versorgung und ihre – für die Betroffenen nicht in jedem Fall günstigen – Folgen sowie verschiedene weitere Entwicklungen der Sozialindikatorenforschung, Psychiatrie und Medizin führten im Laufe der letzten Jahrzehnte in Forschung und Praxis zu einer zunehmenden Beachtung der subjektiven Sichtweise und des Erlebens von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Auch im Rahmen disziplinärer Weiterentwicklungen wie Gesundheitspsychologie und Verhaltensmedizin, insbesondere aber in Konzepten wie Lebensqualität, Salutogenese, Resilienz, Ressourcenorientierung, Bewältigung und Recovery steht die Frage im Vordergrund, wie und unter welchen Bedingungen Menschen unter belastenden Umständen und trotz chronischer gesundheitlicher oder anderer Beeinträchtigungen ihr **Wohlbefinden und ihre Lebensqualität erhalten, wiedererlangen oder verbessern** können. In der sozialpsychiatrischen Forschung wird die ubiquitäre Verwendung des Konstruktes subjektive Lebensqualität – definiert als subjektive Einschätzung der eigenen Lebensumstände und -situation – als „Platzhalter“ für die subjektive Perspektive aber auch kritisiert. Fehlende Definitionen und Operationalisierungskriterien, nicht validierte, ad hoc entwickelte Messinstrumente, unterschiedlichste Stichproben und Untersuchungsdesigns, der Mangel an theoretischen Konzeptualisierungen, die über einen heuristischen Rahmen hinausgehen, und insbesondere empirische Inkonsistenzen wie der fehlende Zusammenhang von objektiven Lebensumständen und subjektiver Lebensqualität lassen das Konstrukt vor allem als Evaluationskriterium als wenig geeignet erscheinen. In jüngerer Zeit spielen deshalb vermeintlich spezifischere oder noch „ganzheitlichere“ Konstrukte wie Behandlungsbedürfnisse („unmet needs“) oder Recovery eine zunehmend wichtige Rolle in der Versorgungsforschung, sind aber teilweise mit denselben methodologischen und methodischen Problemen behaftet. Trotz der Hinwendung der Psychiatrie zu vorwiegend neurobiologischen und genetischen Erklärungsmodellen zeigen aber gerade die Befunde zu Recovery deutlich, wie bedeutsam die subjektive Einschätzung der Lebenssituation, die wahrgenommenen Beeinträchtigungen durch die Erkrankung und Vorstellungen über die eigenen Entwicklungsmöglichkeiten für die Bewältigung der Erkrankung und letztlich deren Verlauf sind.

Die vorliegende Arbeit hatte auf der **inhaltlichen Ebene** zum Ziel, *Veränderungen und Einflussfaktoren (Prädiktoren) der subjektiven Lebensqualität von Menschen mit psychischen Erkrankungen über einen Zeitraum von mehreren Jahren* zu erfassen. Rund 183 Personen mit der Hauptdiagnose einer Schizophrenie oder affektiven Erkrankung wurden zu drei Erhebungszeitpunkten – im Abstand von rund eineinhalb bzw. drei Jahren nach einem stationären Klinikaufenthalt – mittels vollständig strukturierter Interviews zu ihrer subjektiven Lebensqualität sowie einer Reihe anderer Bereiche (soziale Beziehungen, Arbeit, Einkommen, Stigma, Lebensereignisse, psychopathologische Symptome u.a.m.) befragt. Die quantitativen Daten aus dieser Längsschnittstudie wurden mittels Mehrebenenanalyse (Multilevel Modelling) analysiert. Darüber hinaus sollte die *individuelle Bedeutung verschiedener Lebensbereiche sowie der psychischen Erkrankung für die subjektive Lebensqualität aus der Perspektive der Betroffenen* erhoben werden. Hierzu wurde mit 16 Teilnehmenden der Längsschnittstudie zusätzlich ein qualitatives Leitfadeninterview durchgeführt, welches inhaltsanalytisch ausgewertet wurde. Dieser Ansatz der methodischen Triangulation sollte es einerseits erlauben, die Untersuchungsergebnisse mit bisherigen Befunden der nomothetischen Lebensqualitätsforschung zu verknüpfen, andererseits sollte ein Bezug zu neueren Perspektiven und Konzepten wie Recovery oder Empowerment, welche das subjektive Erleben der Betroffenen in den Vordergrund stellen, geschaffen werden.

Der beobachtete starke *Anstieg der subjektiven Lebensqualität* zwischen der Erstbefragung der Längsschnittstudie, die während einer stationären Behandlung in einer psychiatrischen Klinik durchgeführt wurde, und der Zweiterhebung ein Jahr später kann hauptsächlich auf die Verbesserung des Befindens im Zusammenhang mit einem Rückgang von psychopathologischen Symptomen zurückgeführt werden. Im Zeitraum zwischen der Zweit- und Drittbefragung, in dem das Forschungsdesign einer naturalistischen Beobachtungsstudie entspricht, veränderte sich die subjektive Lebensqualität nicht. Interessant ist dies deshalb, weil sich im selben Zeitraum die äußeren Lebensumstände eher „verschlechterten“ – im Sinne einer verstärkten Inanspruchnahme institutioneller Unterstützung (Wohnen, Arbeit, Existenzsicherung). Die gefundenen Einflussfaktoren bestätigen bisherige Forschungsergebnisse: so zeigten Arbeitstätigkeit und soziale Unterstützung, Aspekte von Stigmatisierung und die

Belastung durch Lebensereignisse den erwarteten Einfluss auf die subjektive Lebensqualität. Besonders dominant ist der Einfluss depressiver Symptome sowie der Einnahme von Medikamenten. In den qualitativen Interviews wurden zusätzlich Freizeitaktivitäten und eine minimale finanzielle Absicherung als wichtig für die subjektive Lebensqualität benannt. Veränderungen der subjektiven Lebensqualität wurden in den Interviews einerseits im Zusammenhang mit dem Leiden an den Symptomen und dem Verzicht auf subjektiv wichtige Aktivitäten, einschliesslich einer Erwerbstätigkeit, als Folge der Einschränkungen durch die Erkrankung erwähnt. Immer wieder wurden jedoch auch positive Entwicklungen im Rahmen biografischer Lernprozesse geschildert. Diese führten in den Augen der befragten Personen zu einem bewältigungsorientierten Umgang mit der Erkrankung und ihren Folgen und ermöglichten eine für die subjektive Lebensqualität wesentliche positive Zukunftsperspektive. Die in den Interviews beschriebenen dynamischen Prozesse erlauben – zusammen mit den weiter unten beschriebenen theoretischen Konzepten – auch eine Interpretation des Befundes der gleichbleibenden subjektiven Lebensqualität trotz sich verschlechternder Lebensumstände. Dahinter lassen sich Anpassungsprozesse vermuten, die bisher tendenziell negativ als „Resignation“ bewertet wurden, im Zusammenhang mit den Inhalten der Interviews aber auch als adäquate und notwendige Bewältigungsstrategien verstanden werden können.

Entgegen der pauschalen Schlussfolgerungen vieler bisheriger Studien in diesem Feld, dass die objektiven Lebensumstände nur einen schwachen Zusammenhang mit der subjektiven Einschätzung der Lebensqualität aufweisen, kommt die vorliegende Arbeit zum Ergebnis, dass verschiedenste Aspekte der Lebenssituation auf *individueller Ebene* zentral sind für die subjektive Lebensqualität. Die methodische Triangulation erlaubte hier eine wichtige Differenzierung, indem in den qualitativen Interviews deutlich wurde, wie stark sich die subjektive Bedeutung der verschiedenen Lebensbereiche und der psychischen Erkrankung sowie diesbezügliche Wünsche, Ziele und Erwartungen zwischen einzelnen Personen unterschieden. Diese Unterschiede sind mit quantitativen Verfahren, die durchschnittliche Effekte von Prädiktoren eruieren, nicht erfassbar.

In Bezug auf die *Praxis der psychiatrischen Rehabilitation* lässt sich folgern, dass zusammen mit den Betroffenen Verbesserungen in den genannten Lebensbereichen – soziale Integration, Arbeit und finanzielle Absicherung, Freizeitaktivitäten, Symptomreduktion, Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen – angestrebt werden sollen, was ja auch seit Beginn der rehabilitativen Praxis wichtige Ziele sind. Darüber hinaus implizieren die beschriebenen individuellen Unterschiede eine vermehrte Ausrichtung psychiatrischer Rehabilitationsbestrebungen am Individuum und seinen Wünschen, Erwartungen und Zielen. Neuere Ansätze und Konzepte der Rehabilitation wie Recovery, Empowerment und Alltags- und Lebensweltorientierung sind in diesem Zusammenhang als zukunftsweisend zu beurteilen. Als besonders zentral sind der Einbezug von Lernprozessen und die Erarbeitung von Zukunftsperspektiven zu werten, weil diese eine aktive Bewältigung und die Anpassung an die Erkrankung und ihre Folgen erleichtern.

Auf **theoretisch-konzeptueller Ebene** wurde angestrebt, ein in der Psychiatrie hauptsächlich als Evaluationskriterium für die Behandlungsqualität verwendetes Konstrukt aus einer sozialwissenschaftlich orientierten Perspektive zu betrachten, wobei in erster Linie auf die Konzeptualisierungen und Erkenntnisse der psychologischen Wohlbefindensforschung Bezug genommen wurde. Durch diesen Zugang sollte einerseits eine theoretische Orientierung für die Interpretation der Befunde hergestellt werden, zudem sollten theoriebasierte Erklärungen für bisher schwer interpretierbare Ergebnisse der sozialpsychiatrischen Lebensqualitätsforschung gefunden werden. Das als Interpretationsrahmen gewählte konzeptuelle Modell, das bisherige Erkenntnisse aus der Wohlbefindensforschung strukturiert und zusammenfasst, ermöglichte diesbezüglich verschiedene Rückschlüsse. So zeigt das Modell, dass die Zusammenhänge zwischen objektiven Lebensumständen und deren subjektiver Bewertung als indirekt aufzufassen sind, da *individuell variierende Faktoren* wie der Selbstwert, kognitive Bewertungsstile, die momentane Stimmung und Persönlichkeitsmerkmale diese Zusammenhänge beeinflussen. Dies erklärt unter anderem den fehlenden direkten empirischen Zusammenhang zwischen objektiven Lebensumständen und subjektiver Lebensqualität.

Darüber hinaus ist als zentraler Punkt des Modells die Konzeptualisierung von *Anpassungsprozessen* zu sehen. Diese bewirken eine stetige Angleichung innerer Bewertungskriterien an die äusseren Gegebenheiten und die eigenen Möglichkeiten, was in erster Linie über die Veränderung persönlicher Erwartungen, Wünsche und Ziele,

oder aber über den Versuch, die äusseren Umstände zu verändern, geschieht. Dies zeigt sich empirisch in der vorliegenden Untersuchung dadurch, dass Veränderungen äusserer Umstände nur in geringem Mass und unter bestimmten Voraussetzungen (z.B. subjektiver Stellenwert des veränderten Lebensbereichs) zu einer Veränderung der subjektiven Lebensqualität führen. Auch die beschriebenen Lern- und Bewältigungsprozesse können als Anpassung interpretiert werden. Daraus folgt, dass subjektive Lebensqualität nicht ausschliesslich als statisches „Produkt“, „Ergebnis“ oder „Outcome“ verschiedener anderer – insbesondere psychologischer – Phänomene, sondern selbst als *dynamischer Prozess* zu konzeptualisieren ist. Hieraus ergeben sich wichtige neue Forschungsfragen. So bleibt u.a. zu klären, wie diese Anpassungsprozesse im Einzelnen gestaltet sind, inwiefern sie durch Merkmale der psychischen Erkrankung (Symptome, Dauer, Verlauf) beeinflusst werden, und in welcher Weise die Bewältigung und der Umgang mit der Erkrankung damit verknüpft sind. Hier ergeben sich auch Verbindungen zum Recovery-Konzept, welches für eine gelingende Bewältigung psychischer Erkrankungen und ihrer Folgen ebenfalls Entwicklungsdynamik und Prozesshaftigkeit in den Vordergrund stellt.

Auf **methodischer Ebene** wurde die Frage danach gestellt, ob und wie das Konstrukt subjektive Lebensqualität gemessen werden kann, insbesondere welche Vor- und Nachteile sich aus einem quantitativen bzw. qualitativen Zugang oder deren Kombination ergeben. Es wurde angestrebt, mittels eines komplexen und in diesem Forschungsgebiet bisher kaum verwendeten Auswertungsverfahrens zur Analyse von Längsschnittdaten, der *Mehrebenenanalyse*, den Besonderheiten und typischen Problemen umfangreicher und unbalancierter Datensätze gerecht zu werden. Der Ansatz der *Methodentriangulation*, d.h. der Verbindung eines quantitativen und eines qualitativen Zugangs zum Forschungsgegenstand, wurde einerseits gewählt, um die formulierten Fragestellungen mittels je geeigneter Methoden zu beantworten. Zudem wurde davon ausgegangen, dass durch allfällige Konvergenzen, Divergenzen und die Komplementarität beider Untersuchungsteile vertiefte Erkenntnis über den Forschungsgegenstand zu gewinnen wären. Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass durch den quantitativen Zugang in erster Linie Erkenntnisse über den *Einfluss bestimmter Lebens- und Erlebensbereiche* auf die subjektive Lebensqualität gewonnen werden können. Der qualitative Zugang hingegen erhellt subjektive Bedeutungszusammenhänge und die *individuell unterschiedliche Ausprägung von Wünschen, Erwartungen und Zielen*.

Die methodische Triangulation erlaubt eine Differenzierung bisheriger Befunde, insbesondere, dass aufgrund der stetigen Anpassung und Veränderung persönlicher Bedürfnisse und Bewertungskriterien und dem individuellen Stellenwert einzelner Lebensbereiche die Verwendung eines „Globalkonstrukts“ die Ziele der Evaluation sozial-psychiatrischer Behandlung und Versorgung nicht zu erfüllen vermag. Hier ist die Entwicklung von spezifischeren Kriterien nötig, welche die Betroffenen als Expertinnen und Experten für ihre Erkrankung einbeziehen und es erlauben, Interventionen und Versorgungsstrukturen im Hinblick auf individuelle Ziele, Wünsche und Erwartungen sowie der beschriebenen Anpassungsprozesse zu evaluieren.

Schlussfolgernd lässt sich sagen, dass die Forschung zur subjektiven Lebensqualität und Wohlbefinden – einschliesslich der vorliegenden Arbeit – zeigt, dass es sich dabei um ein äusserst komplexes Phänomen handelt, welches den ganzen Menschen, sein Fühlen und Denken, seine Werte und Wünsche, seinen Bezug zu sich selbst und seiner sozialen und gesellschaftlichen Umwelt betrifft. Im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen ist die subjektive Lebensqualität deshalb von grosser Bedeutung, weil diese von den Betroffenen eine Anpassungsleistung erfordern, die oft mit der Aufgabe oder Umgestaltung von Lebenszielen verbunden ist, die für gesunde Menschen eine Selbstverständlichkeit darstellen. Die subjektive Lebensqualität ist in diesem Prozess weniger als Ergebnis, sondern vielmehr als dynamisches Element zu verstehen, das eng mit einer gelingenden Anpassung und Bewältigung verknüpft ist. Oft sind die Einschränkungen durch die Erkrankung und die geforderte Anpassung aber so gross, dass die Unterstützung durch Fachpersonen unerlässlich ist. Als deren Aufgabe ist es zu sehen, gemeinsam mit den Betroffenen neue Zukunftsperspektiven zu entwickeln. Dies kann aber nur gelingen, wenn dem biopsychosozialen Gesundheitsverständnis eine Entwicklungskomponente hinzugefügt wird, die es erlaubt, das Ziel der Verbesserung von subjektiver Lebensqualität mit biografischen Lern- und Entwicklungsprozessen in Verbindung zu bringen.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung.....	1
2 Lebensqualität: Erfolgsgeschichte eines Konstrukts.....	3
2.1 Forschung über Sozialindikatoren.....	3
2.2 Entwicklungen in Medizin und Psychiatrie.....	4
2.3 Lebensqualität als Evaluationskriterium psychiatrischer Behandlung und Versorgung.....	5
2.4 Eine vorläufige „Definition“.....	8
3 Empirische Befunde zur subjektiven Lebensqualität von psychisch erkrankten Menschen.....	10
3.1 Lebensbedingungen und soziodemografische Merkmale.....	10
3.2 Soziales Netz und soziale Unterstützung.....	12
3.3 Psychosoziale Belastungen: Negative Lebensereignissen und Stigmatisierung.....	13
3.3.1 Negative Lebensereignisse.....	13
3.3.2 Wahrgenommene Stigmatisierung.....	14
3.4 Psychologische Merkmale: Selbstwert, Selbstwirksamkeit, Autonomie- und Kontrollgefühl.....	16
3.5 Klinische Merkmale.....	17
3.5.1 „Affective fallacy“: Der Einfluss von Depressivität und Ängstlichkeit.....	17
3.5.2 Weitere klinische Merkmale.....	18
3.6 Veränderung subjektiver Lebensqualität: Befunde aus Längsschnittstudien.....	19
3.7 Qualitative Forschung.....	20
3.7.1 „Bottom-up“-Strategien: Subjektive Relevanz von Lebensbereichen.....	20
3.7.2 Qualitative Forschung und Forschung zu Recovery.....	22
3.8 Zusammenfassung der wichtigsten empirischen Befunde.....	25
4 Konzeptuelle Modelle und theoretische Ansätze zur subjektiven Lebensqualität.....	29
4.1 Stand des wissenschaftlichen Diskurses.....	29
4.2 Subjektive Lebensqualität und Wohlbefinden.....	32
4.3 Konzeptuelles Modell zur subjektiven Lebensqualität.....	33
4.3.1 Grundlagen des Modells.....	33
4.3.2 Lebensumstände und Ereignisse.....	35
4.3.3 Habituation, Adaptation, Wohlbefindenshomöostase.....	36
4.3.4 Emotionale und kognitive Reaktionen.....	37
4.3.5 Erinnerung und Abruf emotionaler Reaktionen.....	37
4.3.6 Globale Beurteilung des Wohlbefindens.....	38
4.3.6.1 Beurteilungsheuristiken.....	38
4.3.6.2 Vergleichswerte.....	39
4.3.7 Bedürfnisse, Ziele und Erwartungen.....	40
4.3.8 „Traits“: Persönlichkeit, Selbstkonzept und Bewertungsstil.....	41
4.3.9 Wechselwirkungen zwischen Modellkomponenten.....	42
4.3.10 Kritische Beurteilung des konzeptuellen Modells.....	43
4.4 Definition: Lebensqualität als Ergebnis dynamischer Anpassungsprozesse.....	44
4.5 Fazit aus empirischen Befunden und konzeptuellem Modell zur Lebensqualität von Menschen mit psychischen Erkrankungen.....	45
4.5.1 Inhaltliche Aspekte.....	45
4.5.2 Konzeptuelle Aspekte.....	45
4.5.3 Methodische Aspekte.....	46

5 Ziele der Untersuchung und Fragestellung.....	47
5.1 Ziele der Untersuchung	47
5.2 Fragestellungen und Hypothesen.....	47
5.2.1 Veränderung und Einflussfaktoren von subjektiver Lebensqualität.....	47
5.2.2 Individuelle Bedeutung von Lebensbereichen für die Lebensqualität.....	48
6 Methodik.....	49
6.1 Methodentriangulation	49
6.2 Quantitative Erhebung.....	50
6.2.1 Hintergrund und Studienablauf: SIPSY-Studie.....	50
6.2.2 Zusammensetzung der Stichprobe der quantitativen Analyse.....	51
6.2.3 Fragebogen	52
6.2.3.1 Lebensqualität: WHOQOL-Bref.....	53
6.2.3.2 Soziodemografische Prädiktoren.....	55
6.2.3.3 Soziale Prädiktoren	56
6.2.3.4 Psychosoziale Prädiktoren.....	58
6.2.3.5 Klinische Prädiktoren.....	60
6.2.4 Vorgehen bei der Auswertung.....	63
6.2.4.1 Deskriptive Statistiken	63
6.2.4.2 Mehrebenenmodelle für Längsschnittdaten: Random coefficient models	63
6.2.4.3 Gleichungen.....	64
6.2.4.4 Modellbildung	66
6.3 Qualitative Interviews	68
6.3.1 Vorgehen bei der Durchführung der qualitativen Interviews.....	68
6.3.2 Entwicklung des Interviewleitfadens und Transkription.....	68
6.3.3 Auswertung des Interviews: Qualitative Inhaltsanalyse	69
6.4 Zusammenfassung der wichtigsten methodischen Vorgehensweisen.....	71
6.4.1 Daten.....	71
6.4.2 Instrumente und Variablen.....	71
6.4.3 Auswertungen.....	72
7 Ergebnisse der quantitativen Erhebung.....	74
7.1 Analyse der Ausfälle	74
7.2 Deskriptive Statistiken	74
7.2.1 Lebensqualität.....	74
7.2.2 Soziodemographische Variablen	76
7.2.3 Soziales Netz und soziale Unterstützung.....	78
7.2.4 Stigmatisierung	79
7.2.5 Lebensereignisse.....	80
7.2.6 Klinische Variablen	82
7.3 Mehrebenen-Analysen zur subjektiven Lebensqualität	85
7.3.1 Unkonditionierte Modelle.....	85
7.3.2 Soziodemographische Prädiktoren.....	87
7.3.1.1 Erwerbssituation.....	87
7.3.2 Soziale Prädiktoren: Soziales Netz und wahrgenommene Unterstützung.....	88
7.3.3 Psychosoziale Prädiktoren.....	89
7.3.3.1 Wahrgenommene Stigmatisierung, Coping, Stigmaerfahrungen.....	89
7.3.3.2 Lebensereignisse	90

7.3.4 Klinische Prädiktoren.....	92
7.3.4.1 Diagnose und Einnahme von Medikamenten.....	92
7.3.4.2 SCL-90-R: Selbsteingeschätzte Symptome und Symptombelastung.....	93
7.3.4.3 Integriertes Modell für Diagnose, Medikamente, Anzahl Symptome und Depressivität.....	93
7.3.5 Gesamtmodell der Prädiktoren der subjektiven Lebensqualität.....	94
7.3.5.1 Gesamtmodell.....	94
7.3.5.2 Vergleich der Modelle und Kommentar.....	95
8 Ergebnisse der qualitativen Erhebung	97
8.1 Beschreibung der Teilnehmenden des qualitativen Interviews	97
8.2 Ergebnisse der Inhaltsanalyse.....	97
8.2.1 Auswertungskategorien	97
8.2.2 Soziale Beziehungen	98
8.2.3 Die Rolle von Arbeitstätigkeit.....	100
8.2.4 Geld und Lebensstandard.....	102
8.2.5 Die Bedeutung von Freizeitaktivitäten und Hobbies.....	103
8.2.6 Die Bedeutung der psychischen Erkrankung für das Wohlbefinden.....	105
8.2.6.1 Gegenwärtige Bedeutung der Erkrankung.....	105
8.2.6.2 Leid und Verzicht gegenüber Entwicklung und Bewältigung	106
8.2.6.3 Die Rolle von Medikamenten und professioneller Hilfe.....	109
8.2.7 „Bilanzierung“ und Definitionen von Lebensqualität.....	111
9 Zusammenfassung der Ergebnisse	118
9.1 Quantitativer Untersuchungsteil.....	118
9.1.2 Deskriptive Ergebnisse.....	118
9.1.2 Veränderung und Einflussfaktoren subjektiver Lebensqualität.....	118
9.2 Qualitativer Untersuchungsteil	119
10 Diskussion.....	121
10.1 Übersicht.....	121
10.2 Inhaltliche Aspekte.....	122
10.2.1 Veränderung der subjektiven Lebensqualität	122
10.2.2 Lebensumstände, Lebensereignisse und subjektive Lebensqualität	123
10.2.3 Soziale Beziehungen	126
10.2.4 Psychische Erkrankung.....	128
10.2.4.1 Diagnose und Erkrankungssymptome	128
10.2.4.2 Inanspruchnahme	129
10.2.4.3 Stigmatisierung.....	130
10.2.5 Relevanz für sozialpsychiatrische Praxis und Rehabilitation.....	131
10.2.5.1 Bereiche psychiatrischer Rehabilitation: Orte, Personen, Aktivitäten und Rollen.....	131
10.2.5.2 Kriterien psychiatrischer Rehabilitation: Werte, Ziele, Bestrebungen und Wunschvorstellungen	132
10.3 Theoretische und konzeptuelle Aspekte.....	134
10.3.1 Rückblende: konzeptuelles Modell zur subjektiven Lebensqualität.....	134
10.3.2 Beitrag des Modells zum Verständnis des Konstrukts subjektive Lebensqualität bei Menschen mit psychischen Erkrankungen	135
10.3.2.1 Dynamische Anpassungsprozesse.....	135
10.3.2.2 Komponenten, Dimensionen, Korrelate, Prädiktoren und Aspekte.....	137
10.3.2.3 Beurteilung des Modells in Bezug auf den gegenwärtigen wissenschaftlichen Diskurs.....	138
10.3.4 Implikationen für Forschung und Theorieentwicklung.....	139

10.4 Methodische Aspekte	141
10.4.1 <i>Bezug von Studiendesign, verwendeten Instrumenten und Auswertungsverfahren zu den Resultaten</i>	141
10.4.1.1 Studiendesign	141
10.4.1.2 Quantitative und qualitative Erhebung	142
10.4.1.3 Instrument zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität.....	143
10.4.1.4 Prädiktorvariablen	143
10.4.2 <i>Beitrag der methodischen Triangulation</i>	144
10.5 Implikationen in Bezug auf die Verwendung von subjektiver Lebensqualität als Evaluationskriterium.....	146
10.5.1 <i>Eignung von subjektiver Lebensqualität als Evaluationskriterium</i>	146
10.5.2 <i>Recovery als alternatives Evaluationskriterium?</i>	148
10.6 Zusammenfassung der Untersuchung und kritische Reflexion	150
10.6.1 <i>Beitrag der Untersuchung zum gegenwärtigen Diskurs</i>	150
10.6.1.1 Inhaltliche Aspekte	150
10.6.1.2 Konzeptuelle Aspekte	151
10.6.1.3 Methodische Aspekte.....	152
10.6.3 <i>Kritisch zu hinterfragende Aspekte</i>	153
10.7 Fazit	154
Literatur.....	155
Anhang	167

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Gründe für Ausfall.....	52
Tab. 2: Übersicht über verwendete Variablen und Instrumente.....	53
Tab. 3: Deskriptive Statistik der subjektiven Lebensqualität sowie der einzelnen Items des WHOQOL-Bref.....	75
Tab. 4: Vergleich der Lebensqualität der SIPSY-Teilnehmenden mit Normwerten	75
Tab. 5: Deskriptive Statistik der soziodemografischen Prädiktoren.....	76
Tab. 6: Einkommensquellen der Teilnehmenden.....	78
Tab. 7: Deskriptive Statistik der sozialen Prädiktoren – soziale Integration und soziale Unterstützung	79
Tab. 8: Deskriptive Statistik der psychosozialen Prädiktoren – Stigmatisierung	79
Tab. 9: Deskriptive Statistik der psychosozialen Prädiktoren – Lebensereignisse in den letzten zwölf Monaten	80
Tab. 10: Deskriptive Statistik der klinischen Prädiktoren	82
Tab. 11: Vergleich der SCL-90-R-Kennwerte mit T-Werten der Normierungs-Stichprobe.....	84
Tab. 12: „Unconditional means model“: Variation der abhängigen Variable.....	85
Tab. 13: „Unconditional linear growth model 1“: Veränderung der abhängigen Variable über die Zeit	86
Tab. 14: „Unconditional linear growth model 2“: Veränderung der abhängigen Variable über die Zeit	87
Tab. 15: Mehrebenenmodell für Erwerbssituation.....	87
Tab. 16: Mehrebenenmodell für Freundinnen und Freunde.....	88
Tab. 17: Mehrebenenmodell für Kinder	88
Tab. 18: Mehrebenenmodell für soziale Unterstützung.....	88
Tab. 19: Mehrebenenmodell für soziale Rollen und wahrgenommene soziale Unterstützung	89
Tab. 20: Mehrebenenmodell für wahrgenommene Stigmatisierung.....	89
Tab. 21: Mehrebenenmodell für defensives Stigma-Coping.....	90
Tab. 22: Mehrebenenmodell für Anzahl Lebensereignisse	90
Tab. 23: Mehrebenenmodell für einzelne Lebensereignisse	91
Tab. 24: Mehrebenenmodell für Belastung durch Lebensereignisse.....	91
Tab. 25: Mehrebenenmodell für Lebensereignisse und subjektive Belastung.....	91
Tab. 26: Mehrebenenmodell für Diagnose	92
Tab. 27: Mehrebenenmodell für Medikamenteneinnahme.....	92
Tab. 28: Mehrebenenmodell für die Kennwerte der SCL-90-R: Anzahl Symptome und Depressivitätsskala.....	93
Tab. 29: Mehrebenenmodell für Diagnose, Medikamenteneinnahme und selbsteingeschätzte Symptome	93
Tab. 30: Mehrebenenmodell für alle Prädiktoren	94
Tab. 31: Vergleich der Modelle	95
Tab. 32: Beschreibung der Interviewpartnerinnen und -partner	97

1 Einleitung

Das westliche Verständnis von psychischer und körperlicher Gesundheit und Krankheit hat sich in den letzten fünfzig Jahren grundlegend gewandelt. Waren früher ausschliesslich Symptome und deren Beseitigung das zentrale Element dieses Verständnisses, werden in den letzten Jahrzehnten vermehrt Wechselwirkungen zwischen biologischen, sozialen, ökonomischen und psychischen Aspekten berücksichtigt. Darüber hinaus wird dem Umgang mit Erkrankungen und ihren Folgen zunehmende Bedeutung beigemessen. Dies widerspiegelt sich in disziplinären Weiterentwicklungen wie der Gesundheitspsychologie und der Verhaltensmedizin, insbesondere aber in der Entwicklung von Konzepten wie Lebensqualität, Salutogenese, Resilienz, Ressourcen, Bewältigung und Recovery. Die Gemeinsamkeit solcher Konzepte liegt in der Frage danach, wie und unter welchen Bedingungen Menschen unter belastenden Umständen und trotz gesundheitlicher oder anderer Beeinträchtigungen ihr *Wohlbe- finden erhalten, wiedererlangen oder verbessern* können.

Für Menschen mit psychischen Erkrankungen hat diese Frage eine besondere Bedeutung. Erkrankungssymptome und ein erkrankungsbedingtes verändertes Selbsterleben führen nicht nur in akuten Phasen zu einer erheblichen Beeinträchtigung des Wohlbefindens. Wenn psychische Erkrankungen über Jahre hinweg immer wieder Klinikaufenthalte oder die dauerhafte Einnahme von Medikamenten erfordern, wenn die Arbeitsfähigkeit anhaltend beeinträchtigt und eine Berentung unumgänglich ist, oder wenn Menschen mit psychischen Erkrankungen sozial sehr isoliert leben, verändern sich soziale und gesellschaftliche Bezüge sowie der Bezug zu sich selbst auch langfristig. Hier stellen sich Fragen nach der Bewältigung und dem Umgang mit den Beeinträchtigungen, sowie nach dem subjektiven Wohlbefinden und der sozialen und beruflichen Reintegration. Die Verbesserung sowohl der Lebensumstände wie auch des subjektiven Wohlbefindens ist seit Langem ein Ziel psychiatrischer Rehabilitation. Die Erfassung der Wirksamkeit und Qualität psychiatrischer und rehabilitativer Interventionen erfolgte in diesem Bereich weitgehend anhand des Konstruktes „subjektive Lebensqualität“, in dem die genannten Aspekte – soziale und berufliche Lebensumstände, subjektives Wohlbefinden – zusammengefasst sind. Gegenwärtig ist dieses Konstrukt zwar weit verbreitet und als Evaluationskriterium anerkannt, allerdings wurde in den letzten Jahren auch Kritik an der unhinterfragten Verwendung des theoretisch wenig fundierten Konstrukts laut. Insbesondere der mangelnde Einbezug von human- und sozialwissenschaftlichen Konzeptualisierungen von subjektivem Wohlbefinden, einem inhaltlich ähnlichen Konstrukt, wurde bemängelt.

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der subjektiven Lebensqualität von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Sie tut dies auf verschiedenen Ebenen. Auf der *inhaltlichen Ebene* wird anhand einer empirischen Längsschnittstudie untersucht, wie sich die subjektive Lebensqualität einer heterogenen Gruppe von Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Jahren nach einem Klinikaufenthalt verändert und welche Einflussfaktoren sich empirisch ermitteln lassen. Die Anlage und Operationalisierungen dieser Untersuchung entsprechen dem typischen Forschungsdesign der sozialpsychiatrischen Lebensqualitätsforschung. Darüber hinaus wird mittels qualitativer Interviews der Frage nachgegan-

gen, welche Bedeutung verschiedene Lebensbereiche und die Erkrankung für das Wohlbefinden von Menschen mit psychischen Erkrankungen aus ihrer eigenen Perspektive haben. Auf *der konzeptuellen und theoretischen Ebene* sollen Theorien und Modelle der psychologischen Forschung zu Wohlbefinden in Bezug auf ihren Erklärungswert für die empirischen Befunde aus der sozialpsychiatrischen Forschung diskutiert werden. Auf der *methodischen Ebene* beschäftigt sich die Untersuchung damit, wie das Konstrukt Lebensqualität überhaupt gemessen werden kann und welchen Einfluss verbreitete Methoden und Operationalisierungen auf die Befunde in diesem Forschungsbereich haben.

2 Lebensqualität: Erfolgsgeschichte eines Konstrukts

Die Frage nach dem Glück und danach, was ein gutes Leben ausmacht, hat die Menschen schon immer beschäftigt. Antworten suchten lange Zeit Religionen und die Philosophie im Rahmen normativer Ideale (Diener, 1984; Diener & Suh, 1997; Ventegodt, Merrick & Andersen, 2003)¹. In der Zeit nach der Aufklärung diskutierte die politische Philosophie des 19. Jahrhunderts (Frühsozialismus, Utilitarismus²) den Zusammenhang zwischen persönlicher Entwicklung und individuellem Wohlergehen und der Ausgestaltung politischer und ökonomischer Strukturen erstmals explizit in Kategorien, die heute noch gebräuchlich sind, wie z.B. Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung. Im Laufe des 20. Jahrhunderts lösten persönliches Glück und Entscheidungsfreiheit im Zuge der gesellschaftlichen Individualisierung und Modernisierung Fleiss, Arbeitsamkeit und Gottesfürchtigkeit als Massstäbe für ein gutes Leben zumindest teilweise ab (Beck, 2003). Diese Entwicklungen führten ab 1950 in verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen zu einem wachsenden Interesse am psychischen und physischen Wohlbefinden des Individuums.

2.1 Forschung über Sozialindikatoren

Ab 1950 begannen sich die Ökonomie und etwas später insbesondere die Forschung über Sozialindikatoren erstmals unter diesem Begriff mit den Merkmalen *objektiver Lebensqualität* zu befassen. Neben dem Vergleich von Ländern, Regionen oder Bevölkerungsgruppen bezüglich wirtschaftlicher Indikatoren wie dem Bruttosozialprodukt oder dem Pro-Kopf-Einkommen wurde versucht, die Lebensbedingungen und den Lebensstandard der Allgemeinbevölkerung mittels so genannter *sozialer Indikatoren* zu erfassen (Nussbaum & Sen, 1993). Diese umfassen Bereiche wie Bildung (z.B. schulische Infrastruktur, Alphabetisierungsquoten), Gesundheitsversorgung (z.B. Kindersterblichkeit, Anzahl von Ärzten auf Einwohner, Lebenserwartung), Sicherheit (z.B. Kriminalitätsraten) und Ökologie (z.B. Umweltverschmutzung), die über wirtschaftliche Indices hinausgehende Aussagen über die gesellschaftliche Entwicklung erlauben (Prince & Prince, 2001). Die objektiven Daten wurden schon in den ersten grossen Studien über soziale Indikatoren und Lebensqualität durch subjektive Beurteilungen der Lebensbedingungen ergänzt, da diese als gleichwertiger Indikator der Lebensqualität erachtet wurden (Andrews & Whitey, 1976; Campbell, Converse & Rogers, 1976). Dieses Vorgehen beruhte hauptsächlich auf dem Argument, dass objektive Indikatoren das Befinden gänzlich ausklammern, dieses für die individuelle Lebensqualität jedoch zentral ist.

Individual's sense of well-being is an experience that is far more complex and multiply determined than assumed by descriptive social indicators based on external circumstances in a society (Diener & Suh, 1997; S. 199).

¹ So befasste sich z.B. die Nikomachische Ethik von Aristoteles mit dem höchsten Gut des Lebens und bestimmte dies in der „Glückseligkeit“ (Aristoteles, 2006). In Thomas Mores berühmtem Werk „Utopia“ von 1516 (Morus, 2004) wird die ideale Gesellschaft beschrieben.

² Die utilitaristische Ethik vertritt den Grundsatz des „maximum happiness principle“: jede Handlung sollte so ausgestaltet sein, dass sie grösstmöglichen Nutzen – im Sinne von Wohlergehen und Glück – bringt. John Stuart Mill (1806-1873), einer der bedeutendsten Utilitaristen, befasste sich u.a. mit der Freiheit des Denkens und Fühlens sowie der Unabhängigkeit der persönlichen Gesinnung (Rinderle, 2000).

Wie dieses Zitat zeigt, wurde und wird *subjektive* Lebensqualität in der Sozialindikatoren- und der psychologischen Forschung fast ausschliesslich mit dem Begriff „subjective well-being“ bzw. subjektives Wohlbefinden bezeichnet (Kim-Prieto, Diener, Tamir, Scollon & Diener, 2005). Darunter wird die Einschätzung der persönlichen Lebensbedingungen verstanden, die sowohl emotionale wie kognitive Aspekte umfasst (Andrews & Whitey, 1976; Diener, 1984).

Die Forschung zu Sozialindikatoren und Wohlbefinden blickt inzwischen auf eine langjährige Tradition zurück. Zahlreiche Untersuchungen befassen sich mit den Bedingungen subjektiven Wohlbefindens sowie Vergleichen zwischen verschiedenen Staaten, wobei dem Forschungsfeld ein beträchtlicher Stellenwert als Datengrundlage für politische Entscheidungen zugeschrieben wird. Entsprechend betonen Diener und Suh (1997):

At a time when industrialization is transforming the lifestyles and values of every society on earth, scientific knowledge regarding human well-being is vital in determining whether material affluence should be the dominant concern in attaining a desirable quality of life (S. 191).

Basierend auf Befunden zu objektiven und subjektiven Indikatoren der Lebensqualität wurden im Laufe der Zeit mehrere komplexe Theorien und Modelle ausgearbeitet und empirisch überprüft (z.B. Abbey & Andrews, 1985; Kim-Prieto et al., 2005; Michalos, 1985). Im medizinischen und psychiatrischen Bereich wurden bei der Erforschung und Konzeptualisierung der subjektiven Lebensqualität von Menschen mit psychischen Erkrankungen jedoch auf diese Modelle wenig Bezug genommen. Hier erlangte das Konstrukt zwar ebenfalls grosse Bedeutung, es bestehen aber kaum Berührungspunkte zur psychologischen Wohlbefindensforschung. Im Rahmen dieser Arbeit werde ich die entsprechenden Befunde und Modelle dort einbeziehen, wo diese zur Klärung, Präzisierung und Weiterführung des Konstruktes „subjektive Lebensqualität“ im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen beitragen können.

2.2 Entwicklungen in Medizin und Psychiatrie

Sowohl in der somatischen Medizin wie auch in der Psychiatrie trugen verschiedene Entwicklungen zum wachsenden Stellenwert des subjektiven Befindens und Erlebens von Patientinnen und Patienten bei. Schon 1948 definierte die WHO³ in ihrer Verfassung Gesundheit als einen „Zustand vollständigen physischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht ausschliesslich die Abwesenheit von Symptomen“ (WHO, 1948; S. 2; Übers. d. Verf.). Heute beziehen sich verschiedenste Fachrichtungen der Medizin und der öffentlichen Gesundheitsversorgung auf dieses Verständnis von Gesundheit.

In der somatischen Medizin führten *Fortschritte in der Behandelbarkeit* vieler Erkrankungen und die Erweiterung der technischen Möglichkeiten ab den 50er Jahren – z.B. im Bereich der Transplantationsmedizin, Onkologie und der lebensverlängernden Massnahmen – bald zur Forderung, bei Behandlungsentscheiden vermehrt das Erleben und die Meinung der Betroffenen zu berücksichtigen. Auch stellte sich die Frage, ob die Orientierung an der technischen Machbarkeit nicht zu einer ethisch be-

³ World Health Organization, Sonderorganisation der Vereinten Nationen.

denklichen Vernachlässigung grundlegender menschlicher Bedürfnisse wie Autonomie und Wohlbefinden führen würde (Katschnig, 2006), vor allem wenn die betroffenen Patientinnen und Patienten mit chronischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu leben hatten. In diesem Zusammenhang hat sich das Konzept der *gesundheitsbezogenen Lebensqualität* seit seiner ersten Verwendung durch El-kinton (1966) in der Medizin etabliert, wobei mit dem Begriff allerdings so unterschiedliche Bereiche wie psychologisches Wohlbefinden, Funktionsniveau, Gesundheitsstatus oder Lebenszufriedenheit bezeichnet⁴ werden (Katschnig, 2006).

Die subjektive Lebensqualität von Patientinnen und Patienten wurde auch in der Psychiatrie ab den 50er Jahren mit wachsendem Interesse bedacht, wobei wiederum mehrere Entwicklungen hierzu beitrugen. Die *Synthetisierung von wirksamen Psychopharmaka*⁵ führte einerseits dazu, dass andere Aspekte psychischer Erkrankung als die dominantesten Symptome in den Vordergrund traten. Andererseits bedingten die Nebenwirkungen dieser Medikamente subjektiv eine starke Einschränkung des Wohlbefindens (Awad, Voruganti & Heslegrave, 1997). Darüber hinaus betrachteten *soziologische Theorien* wie der Labeling-Ansatz (Goffman, 1963) und die – eher politisch und gesellschaftskritisch als therapeutisch ausgerichtete – Bewegung der Antipsychiatrie (Bopp, 1980; Laing, 1960) die gesellschaftliche Stigmatisierung und soziale Exklusion bzw. die entmündigende Behandlung durch die Institution Psychiatrie als ursächlich für das Leiden der als „krank“ etikettierten Menschen. Hieraus erwuchs die Forderung, deren Erleben und Befinden mehr Gewicht einzuräumen und ihnen ein Leben der Selbstbestimmung und Partizipation zu ermöglichen. Gegenwärtig sind diese Ansätze hauptsächlich im Rahmen der Selbsthilfe- und Empowerment-Bewegung sowie im Zusammenhang mit Entstigmatisierungs-Kampagnen aktuell (Katschnig, 2006; Schulze, Richter-Werling, Matschinger & Angermeyer, 2003).

Den grössten Auftrieb gaben dem Lebensqualitäts-Konzept jedoch die Reform der psychiatrischen Versorgung und deren Folgen, die ich im folgenden Abschnitt beschreibe.

2.3 Lebensqualität als Evaluationskriterium psychiatrischer Behandlung und Versorgung

In den Vereinigten Staaten wurde ab den 60er Jahren und in Westeuropa zwei Jahrzehnte später die psychiatrische Versorgung von der ausschliesslich stationären Behandlung der Patientinnen und Patienten in grossen, meist abgelegenen Kliniken in die „Gemeinde“ und ambulante Einrichtungen verlagert (Forster, 2000; Haug & Rössler, 1999; Katschnig, 2006; Lamb & Bachrach, 2001). Dieser Reformbewegung und Umstrukturierung, die als „*Enthospitalisierung*“ und „*Deinstitutionalisierung*“ bezeichnet wird, lagen einerseits wirtschaftliche Überlegungen im Sinne einer Kostensenkung durch ambulante Versorgungsstrukturen, zugrunde (Prince & Prince, 2001). Andererseits war es ein erklärtes Ziel der Reformen, durch die Behandlung in der Gemeinde sekundäre Begleiterecheinungen psychi-

⁴ In der Gesundheitsökonomie existiert zudem das Konzept der „quality adjusted life years“ (QALY), das Anhaltspunkte über Kosten und Nutzen medizinischer Behandlung liefert (Holloway & Carson, 2002; Prince & Prince, 2001).

⁵ Erste Psychopharmaka: Chlorpromazin (Neuroleptikum, 1950), Imipramin (trizyklisches Antidepressivum, 1958).

scher Erkrankungen wie soziale und berufliche Desintegration und der Verlust alltagspraktischer Fähigkeiten zu vermeiden (Kilian & Pukrop, 2006). Die Enthospitalisierung zeitigte jedoch unerwartete Effekte: die entlassenen Patientinnen und Patienten benötigten auch in der Gemeinde intensive Betreuung, da sie von komplexen Problemen – darunter Arbeitslosigkeit, Armut, Stigmatisierung, sozialer Isolation und Problemen bei der Alltagsbewältigung – betroffen waren (Prince & Prince, 2001). Da entsprechende Unterstützungsangebote anfänglich fehlten, gerieten sie zudem häufig in Notlagen wie Obdachlosigkeit, oder die Rückfälle bzw. Wiedereinweisungen in Kliniken folgten sich aufgrund der fehlenden Nachsorge in kurzen Zeitabständen (Herman & Smith, 1989; Kilian & Pukrop, 2006). Dies führte letztendlich dazu, dass viele der „deinstitutionalisierten“ Patientinnen und Patienten langfristig in Wohnheimen betreut wurden, was z.B. Lamb (1981) und später Wilson (1993) zur Kritik veranlasste, die Enthospitalisierung sei tatsächlich eine „Transhospitalisierung“, da sich die Wohnheime als institutionelle Versorgungsstruktur nicht wesentlich von der stationären Psychiatrie unterscheiden würden. Die Rahmenbedingungen der gemeindepsychiatrischen Versorgung haben sich heute insofern geändert, als dass es kaum mehr Patientinnen und Patienten gibt, die nach jahre- oder jahrzehntelangem Aufenthalt in einer Klinik in die Gemeinde zurückkehren und dort leben und betreut werden sollen. Auch heute haben aber Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in der Gemeinde leben, weit mehr Schwierigkeiten zu bewältigen als nur die erkrankungsbedingten: so sind die oben genannten psychosozialen und ökonomischen Problemlagen nach wie vor typische Belastungen von Betroffenen (Prince & Prince, 2001).

Die Ziele psychiatrischer Behandlung weiteten sich in diesem Zusammenhang von der Reduktion psychiatrischer Symptome zu einer *umfassenden Rehabilitation* im gesundheitlichen, sozialen und beruflichen Bereich aus (Rössler & Lauber, 2004). Die Ausgestaltung, Planung und insbesondere Evaluation eines derart breiten und vielschichtigen Behandlungsansatzes erforderte ein *Bewertungskriterium*, das einerseits dessen Multidimensionalität und andererseits der subjektiven Perspektive der behandelten Personen Rechnung trug (Fabian, 1990). Mit den grundlegenden Arbeiten von Baker und Intagliata (1982) sowie Lehman (Lehman, 1983a, b; Lehman, Ward & Linn, 1982), die die Konzeptualisierungen und Befunde von Campbell et al. (1976) und Andrews und Whitey (1976) zur Lebensqualität in der Allgemeinbevölkerung auf Menschen mit psychischen Erkrankungen übertrugen, wurde der Grundstein zur späteren „Erfolgsgeschichte“ des Konstruktes in der Sozialpsychiatrie gelegt. Baker und Intagliata (1982) führen fünf *Begründungen* auf an, weshalb Lebensqualität ein angemessenes Evaluationskriterium psychiatrischer Behandlung ist:

1. „*Comfort rather than cure*“: Dieser Begründung liegt die Ansicht zugrunde, dass für viele chronische psychische Erkrankungen keine Heilung erwartet werden könne. Wie auch Lamb (1981; vgl. auch Bachrach & Lamb, 1982) gingen die Autoren davon aus, dass es für Langzeitpatientinnen und -patienten unrealistisch sei, ein hohes Niveau der Rehabilitation zu erreichen. So formulierte Lamb (1981, S. 106) als Rehabilitationsziel: „... and make them feel comfortable living low-energy but satisfying lives in a non-hospital environment“. Im Hin-

blick auf den Empowerment-Ansatz in der Rehabilitation (Rössler & Lauber, 2004) sind solche Ansätze heute eindeutig als überholt zu werten, während die folgenden Begründungen auch gegenwärtig von vielen Autoren angeführt werden (Hansson, 2006; Ruggeri, Gater, Bissoffi, Barbui & Tansella, 2002).

2. Die *Komplexität* der Versorgung und der Behandlungsziele psychiatrischer Rehabilitation verlangen nach einem komplexen bzw. multidimensionalen Evaluationskriterium.
3. Die in den 80er Jahren immer wichtiger werdende Kundenzufriedenheit („*client satisfaction*“, S. 70) erfordert den Einbezug der subjektiven Perspektive.
4. Eine *ganzheitliche Perspektive* auf psychische Gesundheit und Krankheit, in Anlehnung an das Konzept der WHO (vgl. 2.2), wird auch durch die moderne Psychiatrie vertreten.
5. „*Good politics*“ (S. 70): Der Einbezug der subjektiven Perspektive entspricht der politischen Korrektheit (vgl. Prince & Prince, 2001).

Die Erfassung der Lebensqualität schien geeignet, über eine verbesserte Symptomatik hinausgehende Veränderungen in zentralen Lebensbereichen wie sozialer und beruflicher Integration u.Ä. abzubilden (Awad et al., 1997; Bigelow, Brodsky, Stewart & Olson, 1982). Die Fokussierung auf die *subjektive* Lebensqualität sollte zudem den Einbezug des subjektiven Erlebens gewährleisten (Malm, May & Dencker, 1981; Tempier, Mercier, Leouffre & Caron, 1997). Auch als Behandlungsziel erlangte die Verbesserung der subjektiven Lebensqualität anfangs der 90er Jahre einen erhöhten Stellenwert (Sartorius, 1992), da deutlich wurde, dass diese die Inanspruchnahme, die Compliance und die Beurteilung der Behandlung sowie die Rehospitalisierungsrate beeinflusst (Hunt & McKenna, 1993; Postrado & Lehman, 1995).

Heute ist das Konstrukt Lebensqualität in Politik, klinischer Praxis und pharmazeutischer Industrie als Evaluationskriterium akzeptiert (Kilian & Pukrop, 2006). In der sozialpsychiatrischen Forschungstradition zur subjektiven Lebensqualität von Menschen mit psychischen Erkrankungen entstanden eine Vielzahl von Studien und eine breite Wissensbasis, wobei sich der Forschungsbereich bis heute unabhängig und relativ unbeeinflusst von der psychologischen Wohlbefindensforschung und der Forschung über Sozialindikatoren entwickelte. Schon Baker und Intagliata (1982) beklagten das Fehlen einer verbindlichen Definition, die Vielzahl der genutzten Messinstrumente, die daraus resultierende eingeschränkte Vergleichbarkeit der Studien sowie einen gravierenden Mangel an Theorie. Interessanterweise werden gegenwärtig noch immer die gleichen Mängel beanstandet (Pukrop, 2003).

Die folgenden Kapitel verfolgen die Entwicklung des Forschungsfeldes *anhand des chronologischen Ablaufs*. Da im Rahmen der Verwendung des Konstrukts als Evaluationskriterium psychiatrischer Versorgung und Behandlung theoretische Überlegungen wenig Raum einnahmen, verlief diese Entwicklung gewissermassen von der Empirie zur Theorie. Erst gewisse schwer interpretierbare empirische Befunde führten mit der Zeit zu einer verstärkten theoretischen und methodischen Auseinandersetzung (Fabian, 1990). Aus diesen Gründen werde ich zuerst die wichtigsten empirischen Befunde zu den Einflussfaktoren und Veränderungsprozessen der subjektiven Lebensqualität von Menschen mit

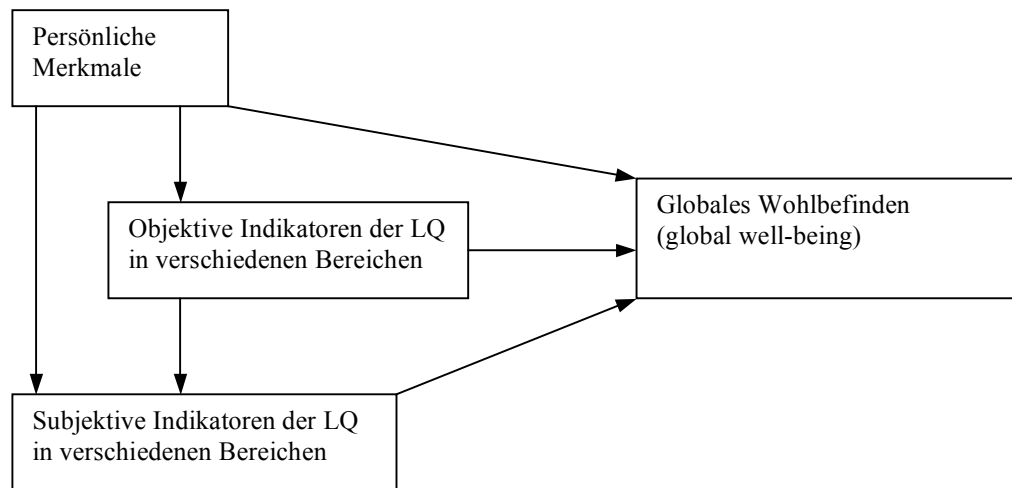
psychischen Erkrankungen zusammenfassen, wobei ich auf den theoretischen Kontext, aus dem die untersuchten Konzepte stammen, Bezug nehme. In einem weiteren Kapitel (vgl. 4) versuche ich, anhand eines konzeptuellen Modells zur subjektiven Lebensqualität diese Befunde zu klären und das Konstrukt theoretisch zu differenzieren. Die meisten empirischen Untersuchungen beruhen auf einer relativ einfachen Konzeptualisierung von Lebensqualität, die ich im nächsten Abschnitt kurz darstelle.

2.4 Eine vorläufige „Definition“

Entsprechend dem konstatierten fehlenden Einbezug von Konzeptualisierungen aus Psychologie und Sozialindikatorenforschung in die psychiatrische Lebensqualitätsforschung werden in den allermeisten Studien keine Definitionen und Modelle der Lebensqualität spezifiziert (Gladis, Gosch, Dishuk & Crits-Christoph, 1999; Hunt, 1997; Pukrop, 2003; Taillefer, Dupuis, Roberge & Le May, 2003). Baker und Intagliata (1982) sowie Lehman (Lehman, 1983a, b; Lehman et al., 1982), der sich als einer der ersten Forscher mit der Lebensqualität von psychisch erkrankten Menschen befasste und das Forschungsfeld entscheidend prägte (Holloway & Carson, 2002), postulierten, dass sich Lebensqualität aus folgenden Elementen zusammensetzt (vgl. Grafik 1): persönlichen Merkmalen (wie Geschlecht, Alter und klinische Merkmale), objektiven Merkmalen, d.h. objektiver Lebensqualität in verschiedenen Bereichen (Arbeit, Freizeit, soziales Umfeld etc.), der Zufriedenheit mit diesen Bereichen und allgemeinem Wohlbefinden bzw. allgemeiner Lebensqualität.

Zahlreiche Forschende orientierten sich in der Folge an Lehmans Modell und verwendeten das von ihm entwickelte Instrument zur Erfassung der Lebensqualität (Lehman, 1988). Den Anspruch einer Theorie kann das Modell jedoch nicht erfüllen (Angermeyer & Kilian, 2006), da es über wenig Erklärungs- und Voraussagewert verfügt und die Beziehungen zwischen den Elementen sowie allfällige dahinter stehende theoretische Annahmen nicht expliziert sind (Gladis et al., 1999). Mit Ausnahme der „persönlichen Merkmale“, die meist als Einflussfaktoren und nicht als Bestandteil der Lebensqualität untersucht werden, werden die Elemente des Modells aber in vielen anderen Arbeiten zur Lebensqualität ebenfalls als zentral erachtet (Andrews & Whitey, 1976; Campbell et al., 1976; Diener, 1984; Diener & Suh, 1997): so lässt sich subjektive Lebensqualität – vorerst – definieren als die *subjektive Einschätzung des eigenen Lebens und der eigenen Lebenssituation*, die sich aus einer kognitiven Dimension, nämlich der bewertenden Zufriedenheit mit den eigenen Lebensbedingungen, und einer affektiven Dimension, d.h. einem Gefühl des Wohlbefindens, zusammensetzt.

Ohne an dieser Stelle weiter darauf einzugehen, *wie* diese Einschätzung zustande kommt, soll die „Definition“ das Verständnis der in den nächsten Abschnitten zusammengefassten Studien erleichtern. Allerdings bleibt zu beachten, dass diese durch eine unüberschaubare Vielfalt an Konzepten zur subjektiven Lebensqualität, unterschiedlichen Messinstrumenten, diagnostischen Gruppen und Studiendesigns gekennzeichnet sind, was ihre Vergleichbarkeit stark beeinträchtigt (Holloway & Carson, 2002; Pukrop, 2003; Taillefer et al., 2003).



Grafik 1: Modell zur Lebensqualität von Lehman (1983a)

Da es für die meisten untersuchten Einflussfaktoren aufgrund der beschriebenen konzeptuellen und definitorischen Heterogenität sich widersprechende Studien gibt, beschränke ich mich darauf, einen zusammenfassenden Überblick über diejenigen Befunde aus quer- und längsschnittlichen Untersuchungen mit der grössten Konsistenz zu geben.

3 Empirische Befunde zur subjektiven Lebensqualität von psychisch erkrankten Menschen

3.1 Lebensbedingungen und soziodemografische Merkmale

Erstaunlicherweise werden empirisch zwischen *objektiven Lebensumständen und der subjektiven Lebensqualität* keine bzw. nur geringe Zusammenhänge gefunden – dies gilt sowohl für die Allgemeinbevölkerung (Abbey & Andrews, 1985; Andrews & Whitey, 1976; Brickman & Campbell, 1971; Diener & Suh, 1997; Evans & Huxley, 2002) wie auch für Menschen mit psychischen Erkrankungen (z.B. Bobes & Gonzales, 2006; Fakhoury, Kaiser, Roeder-Wanner & Priebe, 2002; Fitzgerald, Williams, Corteling, Filia, Brewer, de Castella et al., 2001; Heinze, Taylor, Priebe & Thornicroft, 1997; Pinkney, Gerber & Lafave, 1991; Ruggeri, Bisoffi, Fontecedro & Warner, 2001; Ruggeri et al., 2002; Skantze, Malm, Dencker, May & Corrigan, 1992; Sullivan, Wells & Leak, 1991). Letztere unterscheiden sich bezüglich der Einschätzung ihrer Lebensqualität kaum von der Allgemeinbevölkerung (Baker & Intagliata, 1982; Lehman, 1983a), allerdings ist die Variabilität der Antworten grösser (Tempier, Caron, Mercier & Leouffre, 1998). Das Phänomen, dass Menschen, die mit belastenden somatischen und psychischen Erkrankungen und chronischen Beeinträchtigungen leben, eine relativ hohe subjektive Lebensqualität haben, wird von Carr und Higginson (2001) unter dem Begriff „disability paradox“ beschrieben. Eine Umkehrung dieses Befundes beschreiben Brickman, Coates und Janoff-Bulman (1978), die sich mit Lotteriegewinnern auseinandersetzten und herausfanden, dass deren subjektive Lebensqualität sich nur unwesentlich von derjenigen von weniger erfolgreichen Lotto-Spielenden unterschied. Die Forschung zu diesem auch als „relative Deprivation“ bezeichneten Phänomen widmet sich schon seit den 50er Jahren der Tatsache, dass Menschen auch unter benachteiligenden und schwierigen Lebensumständen eine normale bis hohe Zufriedenheit aufweisen (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; Franz, 2006a). Dies trifft auch auf Menschen mit psychischen Erkrankungen zu, die entsprechend ihre subjektive Lebensqualität hoch einschätzen, auch wenn sie unter objektiv deprivierten Bedingungen leben (Franz, Meyer, Reber & Gallhofer, 2000; Lehman, Postrado & Rachuba, 1993; Sullivan et al., 1991). Vergleicht man Selbst- und Fremdbeurteilungen der Lebensqualität, die im Prinzip dasselbe Konstrukt erfassen sollen, ergeben sich ebenfalls nur moderate Zusammenhänge (Bengtsson-Tops, Hansson, Sandlund, Bjarnason, Korkeila, Merinder et al., 2005; Lehman et al., 1993; Sainfort, Becker & Diamond, 1996; Sim, Mahendran & Chong, 2005), wobei die externe Beurteilung negativer ausfällt als diejenige der Betroffenen selbst (Eklund & Hansson, 1998; Kemmler, Holzner, Neudorfer, Meise & Hinterhuber, 1997).

Soziodemografische Merkmale weisen in den meisten Studien ebenfalls keinen Zusammenhang mit der subjektiven Lebensqualität auf (Chan, Krupa, Lawson & Eastabrook, 2005; Herrman, Hawthorne & Thomas, 2002; Holloway & Carson, 2002; Huppert & Smith, 2001; Mechanic, McAlpine, Rosenfield & Davis, 1994). Deutlich wird dies beim *Geschlecht*: Frauen und Männer unterscheiden sich nicht in der Einschätzung ihrer Lebensqualität, was wiederum sowohl für die Allgemeinbevölkerung (Andrews & Whitey, 1976; Diener, 1984) wie auch für Menschen mit psychischen Erkrankungen zu-

trifft (Kaiser, Priebe, Barr, Hoffmanm, Isermann, Röder-Wanner & Huxley, 1997; Koivumaa-Honkanen, Viinamäki, Honkanen, Tanskanen, Antikainen, Niskanen et al., 1996; Ritsner, Gibel & Ratner, 2006; Röder-Wanner, Oliver & Priebe, 1997; Trompenaars, Masthoff, Van Heck, Hodiament & de Vries, 2005). Für einen *hohen Bildungsstatus* oder eine *längere Bildungsdauer* findet sich in wenigen Studien ein marginaler positiver Effekt (Koivumaa-Honkanen et al., 1996; Ritsner et al., 2006; Skantze et al., 1992), während die Befundlage bezüglich des *Alters* (Björkman & Hansson, 2002; Diener, 1984; Ritsner et al., 2006; Trompenaars et al., 2005). Diener (1984) weist jedoch darauf hin, dass – bezogen auf die Untersuchung allgemeiner Stichproben – einzelne Aspekte subjektiven Wohlbefindens mit dem Alter und dem Geschlecht variieren; so erleben jüngere Personen häufiger Glücksgefühle, während Ältere mit mehr Aspekten ihres Lebens zufrieden sind. Dass ein höheres Alter mit subjektiv besserer Lebensqualität verbunden ist, zeigt sich auch in einigen Studien über Menschen mit psychischen Erkrankungen (Malla, Norman, McLean, MacDonald, McIntosh, Dean-Lashley et al., 2004; Ruggeri, Warner, Bisoffi & Fontecedro, 2001; Schaar & Öjehagen, 2003; Skantze et al., 1992).

Die *Wohnsituation* hängt insofern mit der subjektiven Lebensqualität zusammen, als Personen, die unabhängig wohnen, ihre Lebensqualität als besser einschätzen als Personen in einer institutionellen Wohnsituation, da erstere sich autonomer fühlen sowie ihre Selbständigkeit und die Privatsphäre schätzen (Eklund & Bäckström, 2005; Hansson, Middelboe, Sorgaard, Bengtsson-Tops, Bjarnason, Merinder et al., 2002; Mercier & King, 1994). In einigen Untersuchungen hat das *Einkommen* bzw. die finanzielle Situation keinen Einfluss auf die subjektive Lebensqualität (Heinze et al., 1997; Rüesch, Graf, Meyer, Rössler & Hell, 2004), andere Studien zeigen aber, dass psychisch erkrankte Menschen mit geringem Einkommen oder subjektiv schlechtem ökonomischen Status ihre Lebensqualität tiefer einschätzen als ökonomisch besser gestellte Personen (Baker & Intagliata, 1982; Bengtsson-Tops & Hansson, 1999a; Koivumaa-Honkanen et al., 1996; Mercier & King, 1994).

Gut dokumentiert ist der positive Einfluss einer *Erwerbstätigkeit* auf die subjektive Lebensqualität von Menschen mit psychischen Erkrankungen (Bengtsson-Tops & Hansson, 1999a; Koivumaa-Honkanen et al., 1996; Mueser, Becker, Torrey, Xie, Bond, Drake & Dain, 1997; Rüesch et al., 2004), was von Studien über den Zusammenhang von Arbeit und psychischer Gesundheit bzw. psychischem Wohlbefinden in der Allgemeinbevölkerung ebenfalls unterstrichen wird (Cook & Razzano, 2000; Tausig, 1999). Viele Menschen mit psychischen Erkrankungen sind unzufrieden mit ihrer Arbeitslosigkeit und wünschen sich, arbeiten zu können (Angermeyer, Holzinger & Matschinger, 1999; Bengtsson-Tops & Hansson, 1999a; Rössler, Salize, Cucchiaro, Reinhardt & Kernig, 1999). Die eigene Arbeitsfähigkeit beeinflusst die Lebensqualität hauptsächlich über ein gesteigertes Selbstwertgefühl (Mueser et al., 1997), wobei in einer qualitativen Befragung von van Dongen (1996) folgende Aspekte und Funktionen der Arbeit von den befragten Personen als subjektiv wichtig bezeichnet wurden: Tagesstrukturierung, Vermeiden von Langeweile, Ablenkung von Symptomen, finanzielle Sicherheit, das Gefühl, produktiv zu sein sowie die sozialen Kontakte am Arbeitsplatz. Allerdings verwiesen die Befragten

auch auf die Angst, von der Arbeit überfordert zu sein, und auf die Schwierigkeiten, die sich bei der Arbeit durch medikamentöse Nebenwirkungen, Konzentrationsschwierigkeiten und Symptome wie Stimmenhören oder Antriebsmangel ergaben (ebd.). Weitere Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass vor allem die Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt die genannten Funktionen erfüllt und einen stärkeren Einfluss auf die Lebensqualität hat als die Arbeit im geschützten Rahmen oder andere arbeitsähnliche Beschäftigungen (Baer, Domingo & Amsler, 2003; Bond, Resnick, Drake, Xie, McHugo & Bebout, 2001; Eklund, Hansson & Ahlqvist, 2004; Mueser et al., 1997; Rüesch et al., 2004).

Von allen – auch in den folgenden Abschnitten zusammengefassten – Befunden stellt der fehlende Bezug zwischen den objektiven Lebensumständen und deren subjektiver Einschätzung die Validität von subjektiver Lebensqualität als Evaluationskriterium psychiatrischer Versorgung und Behandlung am stärksten in Frage. Wenn auch Menschen in objektiv deprivierten Lebensumständen sich einigermaßen zufrieden fühlen, wie können dann Aussagen über die beabsichtigte positive Wirkung bestimmter Interventionen oder Versorgungsstrukturen getroffen werden? Ebenfalls stellt sich natürlich die Frage nach den Ursachen dieses Phänomens. Einige der in den folgenden Abschnitten dargestellten Forschungsergebnisse können zu dessen Verständnis beitragen; umfassende und integrierende Erklärungsansätze stelle ich in Kapitel 4 vor.

3.2 Soziales Netz und soziale Unterstützung

Die Zusammenhänge zwischen sozialen Beziehungen, psychischer Gesundheit und subjektivem Wohlbefinden werden schon seit den 70er Jahren erforscht⁶ (Bloor, Sandler, Martin, Uchino & Kinney, 2006; Diener, 1984), wobei zwischen strukturellen und funktionellen Aspekten sozialer Beziehungen unterschieden wird. Zu den strukturellen Merkmalen, die Aussagen über die soziale Einbettung erlauben (Thoits, 1995), gehören beispielsweise die Grösse des sozialen Netzwerks, die Anzahl sozialer Kontakte innerhalb einer bestimmten Zeiteinheit, die Dichte des Netzwerks oder dessen Diversität im Sinn der Anzahl unterschiedlicher sozialer Rollen (Helgeson, 2003; Lin & Peek, 1999; Thoits, 1983). Funktionelle Aspekte betreffen vor allem die subjektive Verfügbarkeit sozialer Unterstützung, d.h. die *wahrgenommene Unterstützung* (Turner & Turner, 1999). Der positive Einfluss sozialer Beziehungen bzw. ihrer strukturellen und funktionalen Merkmale auf das Wohlbefinden wird hauptsächlich im Rahmen der Stress-Puffer-These postuliert und untersucht (Cohen & Wills, 1985). Diese geht sowohl von einem Haupteffekt – je mehr Unterstützung, desto grösser das Wohlbefinden – wie auch einem Puffer-Effekt sozialer Beziehungen aus. Letzteres bedeutet, dass soziale Unterstützung unter belastenden Bedingungen einen positiven Effekt – im Sinne einer Schutzfunktion – auf die psychische Gesundheit hat. Eine neuere Studie zeigt, dass der Haupteffekt vor allem durch die strukturellen Merkmale zustande kommt, während für den Puffereffekt funktionelle Merkmale ausschlaggebend sind (Helgeson, 2003). Insgesamt sind die Befunde zur Pufferthese jedoch eher widersprüchlich,

⁶ Vgl. hierzu die Übersicht bei Cohen und Wills (1985).

zumal strukturelle und funktionelle Merkmalen sozialer Beziehungen häufig nur mangelhaft voneinander abgegrenzt werden (Turner & Turner, 1999).

Im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen widmeten sich zahlreiche Studien dem Effekt sozialer Beziehungen auf deren Verlauf und Outcome (ebd.). In Bezug auf strukturelle Merkmale zeigt sich, dass soziale Isolation unter anderem verknüpft ist mit häufigeren Hospitalisierungen und einer grösseren Anzahl psychotischer Symptome (Albert, Becker, McCrone & Thornicroft 1998; Chinman, Weingarten, Stayner & Davidson, 2001; Möller, Schmidt-Bode, Cording-Tömmel, Wittchen, Zaudig & von Zerssen, 1988). Einige Untersuchungen zeigen, dass die *Grösse des sozialen Netzwerks* die subjektive Lebensqualität positiv beeinflusst (Caron, Tempier, Mercier & Leouffre, 1998; Corrigan & Buican, 1995; Hansson & Björkman, 2007; Lehman, 1983a). Im Zusammenhang mit *sozialen Rollen* erweisen sich vor allem *Freundschaften* als günstig für die Lebensqualität sowie den Krankheitsverlauf (Erickson, Beiser, Iacono, Fleming & Lin, 1989; Monroe, Imhoff, Wise & Harris, 1983; Ritsner et al., 2006; Röder-Wanner et al., 1997).

Deutlich ist der positive Einfluss der *wahrgenommenen sozialen Unterstützung*. Diese korreliert nicht nur mit anderen Verlaufs- oder Outcome-Variablen psychischer Erkrankungen wie der Anzahl der Rückfälle, dem psychosozialen Funktionsniveau (Buchanan, 1995; Corrigan & Phelan, 2002; George, Blazer, Hughes & Fowler, 1989) und depressiven Symptomen (Calsyn & Winter, 2002), sondern erhöht auch die subjektive Lebensqualität (Bengtsson-Tops & Hansson, 2001; Mechanic et al., 1994; Ritsner, Kurs, Gibel, Hirschmann, Shinkarenko & Ratner, 2003; Ritsner et al., 2006; Rössler et al., 1999; Rüesch et al., 2004; Yanos, Rosenfield & Horvitz, 2001). Umgekehrt führen negative soziale Interaktionen zu einer Verminderung der subjektiven Lebensqualität (Koivumaa-Honkanen, 1996; Ruggeri et al., 2002; Yanos et al., 2001). Die Bedeutung sozialer Beziehungen für die subjektive Lebensqualität ist insofern gross, als die Betroffenen häufig sozial desintegriert sind, d.h. wenig Kontakte haben, allein wohnen und keine Partnerinnen oder Partner haben – dass also wichtige Quellen sozialer Unterstützung fehlen (Agerbo, Byrne, Eaton & Mortensen, 2004; Bengtsson-Tops & Hansson, 1999a; Müller, Gaebel, Bandelow, Köpcke, Linden, Müller-Spahn et al., 1998; Salokangas, 1997).

Im Gegensatz zum weiter oben beschriebenen fehlenden Zusammenhang zwischen objektiven Lebensumständen sowie soziodemografischer Merkmale mit der subjektiven Lebensqualität zeigen die hier zusammengefassten Befunde, dass zumindest das *soziale Umfeld* von Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. das Erleben in sozialen Beziehungen nicht ohne Bedeutung für die Einschätzung der subjektiven Lebensqualität ist.

3.3 Psychosoziale Belastungen: Negative Lebensereignissen und Stigmatisierung

3.3.1 Negative Lebensereignisse

Die negative Wirkung belastender Lebensumstände und insbesondere negativer Lebensereignisse auf das Befinden wurde im Rahmen der Stressforschung durch zahlreiche Studien belegt⁷. Im Zusammen-

⁷ Vgl. dazu die Übersicht von Abbey und Andrews (1985).

hang mit psychischen Erkrankungen wurden psychosoziale Belastungen bezüglich ihres Stellenwerts hinsichtlich des Beginns sowie des Verlaufs psychischer Erkrankungen untersucht (Brown & Birley, 1968; Monroe et al., 1983; Norman & Malla, 1993a). Obwohl Menschen mit psychischen Erkrankungen zumindest *vor* dem Beginn ihrer Erkrankung nicht nachweisbar von mehr Stressoren betroffen sind als die Allgemeinbevölkerung (Norman & Malla, 1993a), und viele Personen, die einschneidende Ereignisse erleben, nur vorübergehende und leichte – z.B. depressive – Symptome entwickeln^{8,9}, sind im Vorfeld von Erkrankungsbeginn, Rückfällen oder einer verstärkten Symptomatik häufig belastende Lebensereignisse oder Stress festzustellen (Headey, Holmström & Wearing, 1984; Monroe et al., 1983; Norman & Malla, 1993a; Paykel, 2003). Eine Erklärung dafür liefert das Vulnerabilitäts-Stress-Modell bzw. Diathese-Stress-Modell (Zubin & Spring, 1977), demzufolge Menschen mit psychischen Erkrankungen vulnerabler, d.h. anfälliger für Belastungen und Stressoren sind. Es wird angenommen, dass diese sowohl durch genetische, neurophysiologische, soziale und psychologische Merkmale bedingt ist (Norman & Malla, 1993b).

Nur wenige Studien zur subjektiven Lebensqualität von Menschen mit psychischen Erkrankungen haben den Effekt negativer Lebensereignisse untersucht. Die Ergebnisse besagen, dass negative Lebensereignisse die subjektive Lebensqualität eher indirekt beeinflussen, indem sie im Alltag zu einer verstärkten Reaktivität bezüglich negativer Affekte (Myin-Germeys, Krabbendam, Delespaul & van Os, 2003) sowie zu einer Verstärkung depressiver Symptome führen (Norman & Malla, 1993a), was wiederum die Lebensqualität und das subjektive Wohlbefinden beeinträchtigt (vgl. 3.5.1). Insgesamt ist die Befundlage aber eher spärlich und die Zusammenhänge allenfalls moderat (Headey et al., 1984; Kaiser & Priebe, 1998; Norman & Malla, 1993a). Darüber hinaus erschweren methodische Probleme die empirische Untersuchung dieser Zusammenhänge. So können auch „positive“ Lebensereignisse wie Heirat, die Geburt eines Kindes oder eine Beförderung als Stress und Belastung erlebt werden (Norman & Malla, 1993b). Dies impliziert, dass vermehrt zwischen objektiven Merkmalen von Stress wie z.B. der Anzahl negativer Ereignisse und deren subjektiven Beurteilung im Sinne von Merkmalen wie Kontrollierbarkeit, dem Grad der Unerwünschtheit des Ereignisses u.Ä. unterschieden werden müsste. Ausschlaggebend für die Belastung durch ein Ereignis könnte nämlich weniger dessen Auftreten als vielmehr dessen subjektive Bewertung und die Einschätzung eigener Bewältigungsressourcen sein (Monroe et al., 1983; Norman & Malla, 1993b).

3.3.2 Wahrgenommene Stigmatisierung

Ähnliche Fragen stellen sich im Zusammenhang mit der Untersuchung der Wirkung der Erwartung, aufgrund der psychischen Erkrankung stigmatisiert zu werden sowie diskriminierender Erfahrungen auf das Leben und Befinden von Betroffenen hat. Beide Phänomene können als psychosoziale Stressor-

⁸ Eine Ausnahme ist die Entwicklung von posttraumatischen Belastungsstörungen infolge extremer Lebensereignisse oder wiederholter Traumatisierung.

⁹ Konzepte wie die im vorhergehenden Kapitel erwähnte Stress-Puffer-Hypothese, das Coping-Konzept (Lazarus & Folkman, 1984; Pearlin & Schooler, 1978) sowie die Resilienzforschung (Rutter, 1987) haben sich mit dieser Tatsache theoretisch und empirisch auseinandergesetzt.

ren verstanden werden. Untersucht wurden sie hauptsächlich im Rahmen der „Modified Labeling Theory“ von Link (Link, Cullen, Frank & Wozniak, 1987; Link, Cullen, Struening, Shrout & Dohrenwend, 1989). In Abwandlung der Etikettierungs-Theorie von Scheff (1966), die die Etikettierung durch Diagnosestellung oder Psychiatrieaufenthalt als ätiologisch relevant, d.h. verursachend, für abweichendes Verhalten bzw. die psychiatrische Symptomatik erachtet, geht die „Modified Labeling Theory“ davon aus, dass die Etikettierung und folgende Stigmatisierung in erster Linie den Verlauf der Erkrankung und das Befinden der Betroffenen beeinflusst. Werden sich Menschen mit psychischen Erkrankungen im Rahmen einer Diagnosestellung oder Klinikeinweisung bewusst, dass die tief verankerten gesellschaftlichen Vorurteile und negativen Stereotypen über psychisch Kranke – z.B. dass sie unberechenbar, gefährlich oder unmündig sind – für sie persönlich relevant geworden sind, führt dies zur Erwartung, von anderen zurückgewiesen, abgewertet und diskriminiert zu werden (Link et al., 1989; Link & Phelan, 2001). Aus dieser Erwartung heraus, so die theoretische Annahme, verlieren die Betroffenen ihr Selbstwertgefühl, ziehen sich zurück und versuchen, die Erkrankung zu verheimlichen (*Stigma-Coping*), was langfristig zu verminderten Chancen sozialer Partizipation führt (Link, 1987; Link et al., 1989; Link & Phelan, 2001).

Empirisch sind nicht nur die gesellschaftlichen Vorurteile gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen vielfach belegt (z.B. Angermeyer & Matschinger, 2003; Crisp, Gelder, Rix, Meltzer & Rowlands, 2000; Lauber, Nordt, Falcato & Rössler, 2004; Stuart & Arboleda-Florez, 2001), sondern auch das Wissen der Betroffenen darum – in der Literatur als *wahrgenommene Stigmatisierung* bezeichnet– und die Tendenz, darauf mit Rückzug und Geheimhaltung zu reagieren (Camp, Finlay & Lyons, 2002; Graf, Lauber, Nordt, Rüesch, Meyer & Rössler, 2004; Link, 1987; Müller, Nordt, Lauber, Rüesch, Meyer & Rössler, 2006; Schulze & Angermeyer, 2003). Nachgewiesene negative Folgen wahrgenommener Stigmatisierung reichen von einem höherem Risiko für Stellenlosigkeit (Link, 1987; Link et al., 1989), dem Vermeiden von professioneller Hilfe und Behandlung (Cooper, Corrigan & Watson, 2003; Link, Mirotznik & Cullen, 1991; Sirey, Bruce, Alexopoulos, Perlick, Friedman & Meyers, 2001) bis hin zu Gefühlen von Scham, Angst, Isolation und Hoffnungslosigkeit (Dinos, Stevens, Serfaty, Weich & King, 2004). In Übereinstimmung mit der theoretischen Annahme, dass wahrgenommene Stigmatisierung zu sozialem Rückzug führt, weisen Personen, die sich stark stigmatisiert fühlen und defensive Bewältigungsstrategien wie Rückzug für sinnvoll halten, kleinere soziale Netzwerke auf (Link et al., 1989; Perlick, Rosenheck, Clarkin, Sirey, Salahi, Struening & Link, 2001); umgekehrt wird weniger Stigmatisierung wahrgenommen, wenn die soziale Unterstützung als gut eingeschätzt wird (Müller et al., 2006).

Wahrgenommene Stigmatisierung verringert die subjektive Lebensqualität deutlich (Graf et al., 2004; Link, Struening, Rahav, Phelan & Nuttbrock, 1997; Markowitz, 1998; Rosenfield, 1997; Wahl, 1999). Einige Studien zur Lebensqualität zeigen zudem einen negativen Einfluss von konkreten stigmatisierenden oder diskriminierenden Erfahrungen (Depla, de Graaf, van Weeghe & Heeren, 2005; Markowitz, 1998), allerdings bleibt aufgrund der Befunde unklar, ob letztendlich konkrete Erfahrungen oder

eher die subjektive Erwartung, stigmatisiert zu werden, für die gefundenen Effekte verantwortlich sind (Müller et al., 2006). Es scheinen aber bei Weitem nicht alle Menschen mit psychischen Erkrankungen unter der von ihnen wahrgenommenen Stigmatisierung zu leiden, und die individuellen Unterschiede im Umgang mit den negativen Stereotypen sind beträchtlich (Camp et al., 2002; Freidl, Lang & Scherer, 2003). Eine zentrale Rolle hierbei könnte die Tatsache spielen, dass die wahrgenommene Stigmatisierung stark mit dem Selbstwert zusammenhängt, was durch zahlreiche Studien belegt wird (Blankertz, 2001; Link, 1987; Link, Struening, Neese-Todd, Asmussen & Phelan, 2001; Wright, Gronfein & Owens, 2000). Andere Untersuchungen zeigen, dass das Selbstwertgefühl den Einfluss der Stigmatisierung auf die subjektive Lebensqualität entscheidend beeinflusst (Markowitz, 1998; Rosenfield, 1997), bzw. dass sich der Einfluss der Stigmatisierung abschwächt, wenn Komponenten des Selbstkonzeptes wie Selbstwert und Selbstwirksamkeit kontrolliert werden (ebd.). Der aus der psychologischen Forschung bekannte Zusammenhang solcher auf das Selbst bezogenen Variablen mit dem Befinden (z.B. Pearlin, Lieberman, Menaghan & Mullan, 1981) wurde auch im Zusammenhang mit der Lebensqualität psychisch erkrankter Menschen untersucht, wie im nächsten Abschnitt zusammenfassend beschrieben wird.

3.4 Psychologische Merkmale: Selbstwert, Selbstwirksamkeit, Autonomie- und Kontrollgefühl

Der Einfluss von *Persönlichkeitsfaktoren* auf die Einschätzung der subjektiven Lebensqualität wurde im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen kaum untersucht, obwohl aus der psychologischen Forschung bekannt ist, dass z.B. Neurotizismus und Extraversion diese Einschätzung beeinflussen (Costa & McCrae, 1980; Kim-Prieto et al., 2005; Myin-Germeys et al., 2003), wie auch bei Menschen mit psychischen Erkrankungen belegt wurde (Kentros, Terkelsen, Hull, Smith & Goodman, 1997). Die gefundenen Zusammenhänge sind allerdings schwach, und die untersuchten Persönlichkeitsdimensionen korrelieren stark mit anderen psychologischen Variablen (Eklund, Bäckström & Hansson, 2003; Hansson, Eklund & Bengtsson-Tops, 2001).

Besser untersucht wurden verschiedene Aspekte des *Selbstkonzeptes* und *kognitiver Stile* und Überzeugungen. Wenig erstaunlich ist der vielfach belegte enge Zusammenhang zwischen dem Selbstwertgefühl und der subjektiven Lebensqualität von Menschen mit psychischen Erkrankungen, (Mueser et al., 1997; Murphy & Murphy, 2006; Ritsner, 2001; Ritsner et al., 2003, 2006; vgl. auch 3.3.2), wenn der Selbstwert als Zufriedenheit mit der eigenen Person („satisfaction with self“; Diener, 1984) und somit Bestandteil der Lebenszufriedenheit verstanden und Lebensqualität als übergeordnetes Konstrukt von Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit konzeptualisiert wird (vgl. 2.4; Eklund & Bäckström, 2005; Kemmler et al., 1997). Daneben hängen *Selbstwirksamkeit, Autonomie- oder Kontrollüberzeugungen* mit der subjektiven Lebensqualität zusammen (Mechanic et al., 1994; Murphy & Murphy, 2006; Rosenfield, 1992, 1997; Ritsner et al., 2006; Zissi, Barry & Cochrane, 1998): diese kognitiven Prozesse repräsentieren das Ausmass, in welchem eine Person davon überzeugt ist, sie könne die Begebenheiten in ihrem Leben selber beeinflussen (vgl. Bandura, 1977; Barry & Crosby,

1996; Kim-Prieto et al., 2005). Bewältigungsorientierte Interventionen, die eine Erhöhung der Selbstwirksamkeit zum Ziel haben, führen zu einer deutlichen Verbesserung der subjektiven Lebensqualität (Mechanic et al., 1994; Nelson, Ochocka, Janzen & Trainor, 2006; Rosenfield, 1992). Im Zusammenhang mit der Kontrollüberzeugung zeigt sich, dass vor allem eine *realistische* Einschätzung dessen, was kontrolliert werden kann, zu einer günstigen Erkrankungsbewältigung und zur Lebensqualität beiträgt (Reid, 1984). Falls die eigene Kontrolle fehlt, kann auch die Überzeugung, andere Personen – z.B. Fachleute, Verwandte – hätten die Kontrolle (interpersonale Kontrolle), zu einer höheren Lebensqualität beitragen (Hasson-Ohayon, Walsh, Roe, Kravetz & Weiser, 2006).

Das Selbstkonzept und die hier beschriebenen kognitiven Prozesse können in unterschiedlicher Weise mit Depressivität und depressiven Symptomen in Zusammenhang gebracht werden. Ein verringertes Selbstwertgefühl ist kennzeichnend für depressive Erkrankungen, und die kognitiven Theorien der Depression¹⁰ postulieren einen engen Zusammenhang zwischen depressiven Denkmustern, Attributionsstilen, Kontrollüberzeugungen und dem Selbstwertgefühl (Davison & Neale, 1996). Wie der nächste Abschnitt zeigt, ist der Einfluss depressiver Prozesse oder Symptome auf das Befinden und die Lebensqualität sehr ausgeprägt – einige Autoren betrachten Depression sogar als ein Ende einer Befindensskala und subjektive Lebensqualität, Wohlbefinden und Glück als die andere (Kim-Prieto et al., 2005).

3.5 Klinische Merkmale

3.5.1 „Affective fallacy“: Der Einfluss von Depressivität und Ängstlichkeit

Depressive Symptome betreffen sowohl *kognitive Prozesse* wie Beurteilen, Erinnern und Bewerten (Gladis et al., 1999) wie auch *den affektiven Zustand und die Stimmung*. Moum (1988) sowie Yardley und Rice (1991) konnten zeigen, dass auch bei psychisch gesunden Personen die Beurteilung der eigenen Lebensqualität durch die momentane Stimmung bzw. den momentanen affektiven Zustand beeinflusst wird. In der Arbeit von Abbey und Andrews (1985) zeigt sich, dass Ängstlichkeit und Depressivität – von den Autoren als auch bei psychisch gesunden Menschen „commonly experienced emotional states“¹¹ in Stresssituationen bezeichnet – weit stärker mit der subjektiven Lebensqualität zusammenhängen als die Stressoren selber (vgl. 3.3.1).

Auch die subjektive Einschätzung der Lebensqualität von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist in hohem Masse durch depressive und Angst-Symptome beeinflusst, was bei verschiedenen Diagnosegruppen belegt wurde (Fitzgerald et al., 2001; Huppert & Smith, 2001; Kühner, 2002; Ritsner et al., 2003) und unabhängig davon ist, ob die Symptome fremd- oder selbstbeurteilt werden (Bengtsson-Tops & Hansson, 1999a, b; Corrigan & Buican, 1995; Dickerson, Ringel & Parente, 1998; Kaiser & Priebe, 1998; Kemmler et al., 1997; Koivumaa-Honkanen et al., 1996; Ruggeri et al., 2002). Bei Patientinnen und Patienten mit der Diagnose einer depressiven Erkrankung hängt zudem eine Verbesserung der subjektiven Lebensqualität eng mit dem Rückgang der depressiven Symptomatik zusammen

¹⁰ Originalarbeiten: Beck (1967), Seligman (1974).

¹¹ Häufig erlebte emotionale Zustände (Übers. d. Verf.)

(Kühner, 2002). Darüber hinaus beurteilen sie auch bei objektiv guten Lebensumständen ihre Lebensqualität als geringer als objektiv wesentlich schlechter gestellte Schizophrenie-Erkrankte (Atkinson, Zibin & Chuang, 1997; Carpiniello, Lai, Pariante, Carta & Rudas, 1997).

Diskutiert wird diese enge Verknüpfung von depressiven und Angst-Symptomen mit der subjektiven Lebensqualität unter dem Begriff „affective fallacy“ (Priebe, Kaiser, Huxley, Röder-Wanner & Rudolf, 1998) – Trugschluss oder Täuschung („fallacy“) deshalb, weil verschiedene Forschende der Ansicht sind, die depressive „Verzerrung“ der Wahrnehmung stelle die Validität der Selbstbeurteilung der Lebensqualität in Frage (Atkinson et al., 1997), es handle sich dabei um einen Bias in der Lebensqualitätsmessung (Franz, 2006a) bzw. werde die divergente Validität des Konstruktes Lebensqualität eingeschränkt, da im Grunde etwas Ähnliches gemessen würde (Gladis et al., 1999).

3.5.2 Weitere klinische Merkmale

Neben der depressiven Symptomatik wurde auch der Einfluss von weiteren klinischen Merkmalen, d.h. Aspekten der psychischen Erkrankung und der Inanspruchnahme psychiatrischer Behandlung, untersucht. Zahlreiche Studien dokumentieren für Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis den negativen Effekt *positiver und negativer psychiatrischer Symptome* auf die subjektive Lebensqualität (Bengtsson-Tops & Hansson, 1999b; Bow-Thomas, Velligan, Miller & Olsen, 1999; Browne, Clarke, Gervin, Waddington, Larkin & O’Callaghan, 2000; Cohen & Talavera, 2000; Eklund & Bäckström, 2005; Hansson & Björkman, 2007; Mueser et al., 1997; Norman, Malla, McLean, Voruganti, Cortese, McIntosh et al., 2000; Rössler et al., 1999). Auch die *subjektive Symptombelastung* (Chan et al., 2005) und der *Schweregrad* der Symptomatik beeinflussen die Lebensqualität (Awad et al., 1997; Meyer, Christen, Graf, Rüesch & Hell, 2002; Postrado & Lehman, 1995; Ritsner et al., 2006; Skantze et al., 1992), und eine Verbesserung der Symptomatik geht mit einer Erhöhung der Lebensqualität einher (Kaiser & Priebe, 1998; Ritsner et al., 2003). In verschiedenen Studien zeigt sich ein Einfluss der *Diagnose* im Sinne des im letzten Kapitel beschriebenen Befundes, dass depressive Störungen mit einer verminderten Lebensqualität einhergehen (vgl. 3.5.2; Bengtsson-Tops & Hansson, 1999a; Ruggeri et al., 2002), anderen Studien finden jedoch keine Unterschiede zwischen verschiedenen Diagnosegruppen (Koivumaa-Honkanen et al., 1996; Mercier & King, 1994). Auch bezüglich der *Erkrankungsdauer* sind die Befunde inkonsistent (Browne, Garavan, Gervin, Roe, Larkin & O’Callaghan, 1998; Mueser et al., 1997; Priebe, Röder-Wanner & Kaiser, 2000). Einige Studien dokumentieren einen Zusammenhang *neurokognitiver Defizite* bezüglich Aufmerksamkeit, Arbeitsgedächtnis und exekutiver Funktionen mit der subjektiven Lebensqualität (z.B. Fujii, Wylie & Nathan, 2004; Green, Kern & Braff, 2000), dieser wird jedoch in anderen Studien nicht gefunden und ist weit schwächer als der Einfluss psychopathologischer Symptome (Dickerson et al., 1998; Heslegrave, Awad, Voruganti, 1997).

In Bezug auf verschiedene Aspekte der psychiatrischen Behandlung zeigt sich folgendes Bild: Während der Einfluss von Medikamenten bzw. deren Dosierung auf die Lebensqualität nicht eindeutig belegt ist (Kaiser et al., 1997; Kaiser & Priebe, 1998), haben *Nebenwirkungen* wie dysphorische

Stimmung, Müdigkeit, Gewichtszunahme oder die wahrgenommene Verlangsamung des Denkens einen negativen Effekt (Awad et al., 1997; Browne et al., 1998; Marder, 2005; Ritsner, Ponizovsky, Endicott, Nechamkin, Rauchverger, Silver & Modai, 2002). Uneindeutig sind die Befunde zur *Inanspruchnahme*, wobei die meisten Untersuchungen keinen Zusammenhang mit Lebensqualität finden (Kaiser & Priebe, 1998; Mercier & King, 1994; Ruggeri et al., 2002). Mit dem Konzept der „*unmet needs*“ wurde in den letzten Jahren versucht, Behandlungsbedürfnisse und -wünsche von psychiatrischen Patientinnen und Patienten und die Wirksamkeit von darauf ausgerichteten Interventionen zu erfassen (Salize, Kustner, Torrer-Gonzales, Reinhard, Estevez & Rössler, 1999). Diese subjektive Beurteilung der Behandlungsqualität beeinflusst die subjektive Lebensqualität dahingehend, als eine grössere Anzahl unerfüllter Behandlungsbedürfnisse mit einer geringeren Lebensqualität korreliert (Bengtsson-Tops & Hansson, 1999b; Slade, Leese, Cahill, Thornicroft & Kuipers, 2005; UK700 Group, 1999; Wiersma, 2006; Wiersma & Busschbach, 2001).

3.6 Veränderung subjektiver Lebensqualität: Befunde aus Längsschnittstudien

Mit der Frage nach der Stabilität des Konstruktes hat sich vor allem die psychologische Forschung zum subjektiven Wohlbefinden befasst. In vielen Studien erweist sich das Wohlbefinden *stabil über die Zeit und verschiedene Situationen* hinweg (vgl. Cheng, 1988; Diener, 1984; Kim-Prieto et al., 2005), was sich empirisch darin zeigt, dass in Längsschnittstudien die grösste Varianz des Wohlbefindens auf dessen Ausprägung zu Beginn der Erhebung zurückzuführen ist (Abbey & Andrews, 1985; Yardley & Rice, 1991). Auf der anderen Seite werden aber auch Effekte der momentanen Stimmung nachgewiesen (vgl. Kap. 3.5.1). Yardley und Rice (1991) folgern aufgrund einer eigenen Untersuchung, dass subjektives Wohlbefinden sowohl einen stabilen Anteil umfasst, jedoch von vorübergehenden Faktoren beeinflusst wird und somit auch einen instabilen Anteil enthält.

Im sozialpsychiatrischen Kontext stellt sich die Frage nach der Stabilität bzw. Veränderungssensitivität von Lebensqualität aufgrund der Verwendung des Konstrukts als Evaluationskriterium (vgl. 2.3). Ähnlich wie in der Wohlbefindensforschung zeigen sich *kaum Veränderungen*, wenn die Lebensqualität in einem naturalistischen Design bzw. im „Spontanverlauf“ untersucht wird (Huppert & Smith, 2001; Kaiser & Priebe, 1998), was sowohl für kürzere Zeiträume von einigen Wochen wie auch für längere Perioden von mehreren Jahren zutrifft (Barry & Crosby, 1996; Franz, Meyer, Spitznagel, Schmidt, Wening & Gallhofer, 2001; Tempier et al., 1997). Die Stabilität zeigt sich empirisch auch hier dadurch, dass die Lebensqualität zu Beginn der Erhebung der stärkste Prädiktor für deren Ausprägung zu späteren Zeitpunkten ist bzw. den grössten Varianzanteil erklärt (Ruggeri, Lasalvia, Tansella, Bonetto, Abate, Thornicroft et al., 2004; Hansson & Björkman, 2007). Der in Kapitel 3.1 fehlende Zusammenhang zwischen objektiven Lebensumständen und subjektiver Lebensqualität wird auch im Längsschnitt abgebildet, indem eine Verbesserung der Umstände nicht zwingend zu einer Erhöhung der Lebensqualität führt (Tempier et al., 1997). Dies veranschaulichen verschiedene Studien zur Enthospitalisierung (vgl. Franz, 2006a): einige Untersuchungen dokumentieren eine verbesserte subjektive Lebensqualität (Hoffmann, Isermann, Kaiser & Priebe, 2000; Okin, Dolnick & Pearsall, 1983),

während in anderen keine Effekte nachweisbar waren (Barry & Crosby, 1996; Franz, Ehlers & Meyer, 1998) oder sich Verbesserungen der Lebensqualität zeigten, die jedoch nur kurze Zeit anhielten (Kilian, Dietrich, Toumi & Angermeyer, 2004). Eindeutig ist hingegen der schon in zahlreichen anderen Studien festgestellte Zusammenhang der Lebensqualität mit depressiver Symptomatik: in verschiedenen Längsschnittuntersuchungen ist die Verbesserung der subjektiven Lebensqualität eng mit einer Reduktion depressiver Symptome verknüpft (Hansson & Björkman, 2007; Kühner, 2002; Priebe et al., 2000; Ritsner et al., 2003, 2006; Schaar & Öjehagen, 2003; Skevington & Wright, 2001).

Bei der Interpretation der fehlenden Veränderung ist jedoch Vorsicht geboten, handelt es sich doch um die *durchschnittliche Veränderung*: in der Studie von Welham, Haire, Mercer und Stedman (2001) war die hohe Stabilität der Lebensqualität darauf zurückzuführen, dass sich diese bei einigen Studienteilnehmenden verbesserte, bei einigen gleich blieb und sich dagegen bei anderen verschlechterte. In der Untersuchung von Ruggeri et al. (2004) zeigte sich im Schnitt ebenfalls keine Veränderung der Lebensqualität von ambulanten Patientinnen und Patienten, eine Analyse der individuellen Werte ergab jedoch, dass sich die Lebensqualität bei je einem Viertel der Teilnehmenden verbessert bzw. verschlechtert hatte, während sie bei der Hälfte der untersuchten Personen gleich blieb. Auch Huppert und Smith (2001) fanden insgesamt keine Veränderungen der Lebensqualität über einen Zeitraum von einem Jahr: die Werte, die alle drei Monate erhoben wurden, variierten jedoch für die einzelnen Teilnehmenden in diesem Zeitraum beträchtlich. Aus den Befunden zu Veränderungen des Mittelwerts einer Gruppe von Studienteilnehmenden kann also nicht einfach auf individuelle Veränderungen der subjektiven Lebensqualität geschlossen werden. Besonders deutlich wird dies in der Untersuchung von Barry und Crosby (1996): obwohl sich bei der mittels eines Fragebogens erhobenen Lebensqualität kaum Veränderungen zeigten, berichteten die aus langjähriger stationärer Behandlung entlassenen Patientinnen und Patienten in qualitativen Interviews, ihr Leben und ihr Wohlbefinden hätte sich sehr verbessert. Wie im nächsten Kapitel aufgezeigt wird, ergeben sich aus einem qualitativen Zugang zum Thema weitere Befunde, welche die Resultate der bisher gesichteten sozialpsychiatrischen Untersuchungen ergänzen.

3.7 Qualitative Forschung

3.7.1 „Bottom-up“-Strategien: Subjektive Relevanz von Lebensbereichen

Wie die letzten Kapitel zeigen, sind quantitativ-empirische Untersuchungen zur subjektiven Lebensqualität äusserst zahlreich. Im Gegensatz dazu befassen sich nur wenige qualitative Forschungsarbeiten explizit mit dem Thema der Lebensqualität. Hierzu gehören zwei grosse Studien aus Deutschland, in denen ein „Bottom-up“-Ansatz¹² gewählt wurde, um die subjektiv relevanten Bereiche von Lebensqualität zu identifizieren. Angermeyer et al. (1999) befragten über fünfhundert Personen mit einer Schizophrenie-Diagnose mittels einer Postkarte, welche die Aufforderung „Lebensqualität, das ist für mich...“ und vier Leerzeilen für die Antworten enthielt. Aus diesen Antworten identifizierten die Au-

¹² Dies entspricht einem induktiven Vorgehen, d.h. die Kategorien wurden aus den erhobenen Daten abgeleitet.

toren vier Oberkategorien: soziale Integration, Gesundheit, Wohlbefinden und psychiatrische Behandlung. Unter der Kategorie *soziale Integration* wurde mit 25% mit Abstand am häufigsten Arbeit als wichtigster Bestandteil der Lebensqualität genannt, wobei für viele Befragte die Arbeit „schön“, „gut“, „sinnvoll“ oder „befriedigend“ sein sollte. Nur 10% erachteten die finanzielle Situation als zentral für ihre Lebensqualität. Die Familie, Freundschaften oder allgemein verlässliche Beziehungen sowie befriedigende Freizeitaktivitäten wie Urlaub, Hobbies, Sport oder Musik wurden in dieser Kategorie ebenfalls als wichtig für die Lebensqualität genannt. In der Kategorie *Gesundheit* wurden Symptomfreiheit, Ausgeglichenheit, emotionale Erlebnisfähigkeit und genügend Energie am häufigsten genannt, während bei *Wohlbefinden* Begriffe wie Glück, Zufriedenheit, Lebensfreude, Optimismus, Selbständigkeit und Unabhängigkeit genannt wurden. Im Zusammenhang mit der Kategorie *psychiatrische Behandlung*, die insgesamt eher wenig genannt wurde, erachteten die befragten Personen vor allem weniger Medikamente, weniger Nebenwirkungen und seltenere stationäre Aufenthalte als wichtig für ihre Lebensqualität.

Meyer (Meyer, 2004; Meyer & Franz, 2006) führte mit vierhundert Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie-Diagnose strukturierte Interviews durch und kategorisierte die Antworten anhand *inhaltlicher Kriterien*. Die Fragen waren darauf fokussiert, was für die Befragten für ihre Lebensqualität wichtig ist, während die Beurteilung der Zufriedenheit eher im Hintergrund stand. Die befragten Personen benannten ebenfalls Arbeit, soziale Kontakte, die Familie und Partnerschaft als wichtig für ihre Lebensqualität, ebenso Gesundheit und Wohlbefinden, die psychiatrische Behandlung, die Wohnsituation und materielle Bedürfnisse. Der Vergleich mit einer ebenfalls befragten Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung ergab, dass hier soziale Kontakte, Freizeit, materielle Bedürfnisse, Familie und Arbeit häufiger genannt wurden, während die befragten Patientinnen und Patienten eher das psychiatrische Setting oder die Behandlung, die körperliche Erscheinung und vom Autor so bezeichnete „orale Bedürfnisse“ wie essen, trinken und rauchen als wichtig für ihre Lebensqualität erachteten.

In beiden Studien wurde angestrebt, mittels eines halbstandardisierten, quantifizierenden Vorgehens¹³ Lebensqualität aus subjektiver Sicht zu erfassen und die wichtigen Bereiche zu bestimmen. Die Befunde decken sich zu einem grossen Teil mit den schon von Lehman (1983a, b) identifizierten Bereichen der Lebensqualität und den in den vorhergehenden Kapiteln zusammengefassten Forschungsergebnissen. Schon Andrews und Whitey (1976) unterschieden aber in ihrer Studien zur Lebensqualität der Allgemeinbevölkerung zwischen *Bereichen* der Lebensqualität, worunter sie Orte, Personen, Aktivitäten und Rollen in Beruf, Familie etc. verstanden, und subjektiven *Kriterien* der Lebensqualität, d.h. Werten, Zielen, Bestrebungen und Wunschvorstellungen. Die Forschung zur subjektiven Lebensqualität von Menschen mit psychischen Erkrankungen hat sich hauptsächlich auf die Bereiche konzentriert. Erst im Rahmen des *Recovery-Ansatzes*¹⁴ wurde den Kriterien, also psychischen Prozessen und subjektiven Bedeutungen, mehr Aufmerksamkeit geschenkt.

¹³ D.h. es werden offene Antworten inhaltlich kategorisiert und Häufigkeiten bestimmt.

¹⁴ „Recovery“ lässt sich am besten mit Gesundung oder Genesung übersetzen, allerdings wird auch im deutschen Sprachraum üblicherweise der englische Begriff verwendet.

3.7.2 Qualitative Forschung und Forschung zu Recovery

Aufgrund der Erkenntnis, dass psychische Erkrankungen sehr heterogene Verläufe haben (Angst, 1988; Iyer, Rothmann Vogel & Spaulding, 2005), liegt das Hauptaugenmerk des Recovery-Ansatzes nicht auf dem „Outcome“ dieser Erkrankungen im Sinne der vollständigen Abwesenheit von Symptomen und dem Ausbleiben von Rückfällen, sondern auf den Prozessen und psychischen Entwicklungen, die beim Umgang und der Bewältigung der Erkrankung eine Rolle spielen. Das Ziel der von Iyer et al. (2005) so bezeichneten *Recovery-Bewegung* ist es, die Beeinträchtigungen durch die Erkrankung zu überwinden und eine möglichst hohe Lebensqualität anzustreben¹⁵, wobei davon ausgegangen wird, dass die subjektive Erfahrung und das subjektive Erleben den Verlauf der Erkrankung beeinflussen (Anthony, 1993; Lysaker, Buck, Hammoud, Taylor & Roe, 2006). Ebenso sind Selbstbestimmung, Unabhängigkeit und Empowerment wichtige Aspekte von Recovery (Walker, 2006). Gemäss Roe und Chopra (2003) lässt sich Recovery folgendermassen definieren:

Recovery has been defined as a process of the individual discovering, despite the presence of psychiatric symptoms and their consequences, an enduring and positive sense of self and personal meaning in life (S. 334).

Die Fokussierung auf die persönlichen und sozialen Erfahrungen und deren subjektive Bedeutung legt den qualitativen Forschungszugang nahe, da dieser besonders geeignet ist, diese Phänomene auf einer individuellen Ebene und die Prozesshaftigkeit von Entwicklungen nachzuvollziehen und abzubilden (Corring & Cook, 2007; Markowitz, 2001; Mays & Pope, 2000; Smith, 1996). Im Folgenden fasse ich die Befunde der qualitativ ausgerichteten Recovery-Forschung sowie weiterer qualitativer Studien zu Lebensqualität zusammen.

Eine der wichtigsten subjektiven Dimensionen von Recovery und – wie bei Baer et al. (2003) – Lebensqualität, die in quantitativen Untersuchungen kaum sichtbar wird, ist ein *Gefühl von Hoffnung, Sinnhaftigkeit, persönlichem Wachstum und Entwicklung* (Davidson, Stayner, Nickou, Styron, Rowe & Chinman, 2001; Kennedy-Jones, Cooper & Fossey, 2005; Prince & Gerber, 1998; Ridgway, 2001; Roe & Chopra, 2003). Häufig wird, so Davidson und Strauss (1992), ab dem Zeitpunkt der Diagnosestellung die Zukunftsperspektive vernachlässigt. In den Untersuchungen von Humberstone (2002) und Baer et al. (2003) bekundeten die Befragten, die chronisch und relativ schwer psychisch erkrankt waren, Mühe damit, Wünsche bezüglich ihrer eigenen Zukunft zu formulieren. Ebenfalls berichteten sie davon, Perspektiven verloren zu haben, weil jeder Klinikaufenthalt ein anstrengender und mühsamer Neuanfang bedeute und im Alltag viel Energie aufgewendet werden müsse, um psychisch stabil zu bleiben (s.u.). Trotzdem ist in beiden Untersuchungen das Streben nach persönlichem Wachstum, nach Entwicklung und der Verwirklichung der eigenen Fähigkeiten erkennbar. Als Grundlage für Entwicklungen ist ein Gefühl der Hoffnung und Veränderbarkeit ausschlaggebend (Noordsy, Torrey, Mueser, Mead, O’Keefe & Fox, 2002), wobei dies als etwas „Aktives“ (Davidson et al., 2001) begriffen wird,

¹⁵ „...overcoming the functional disabilities of severe mental illness and achieving the best possible quality of life“ (Iyer et al., 2005; S. 43).

und eng mit dem Gefühl der Sinnhaftigkeit und dem Stellenwert der Erkrankung in der eigenen Biografie verbunden ist (Davidson & Strauss, 1992; Ridgway, 2001; Roe & Chopra, 2003; Lysaker et al., 2006).

A review of participants' self-reports suggests that people do not only cope with having a mental illness, which implies a reactive response, but may also develop, which suggests initiative and a more active stand. As suggested, a psychotic episode, like any other personal crisis, holds the potential not only for "improvement" but even for growth. For some participants such generative growth appeared to involve long-term improvement in relation to the more disordered phases of the illness, whereas for others it seemed to entail a process of personal development that extended over the person's pre-illness life experience. A review of the in-depth interviews (...) revealed that several actually felt that their experience of living and coping with mental illness had generated growth (despite many other less "positive" outcomes) (Roe & Chopra, 2003, S. 338).

Dieses Zitat verdeutlicht, dass neben einem übergreifenden und allgemeinen Gefühl von Entwicklung und Hoffnung auch die *konkrete und aktive Bewältigung der Erkrankung* eine wichtige Dimension von Recovery ist (Roe & Chopra, 2003). In der Studie von Roe und Chopra (2003) war das Gefühl der Hoffnung eng verbunden mit der Entschlossenheit, die Beeinträchtigungen durch die Erkrankung trotz Rückschlägen zu überwinden. Baer et al. (2003) sowie Roe und Chopra (2003) beschreiben die Strategien und „Tricks“ ihrer Interviewpartnerinnen und -partner, um das Unkontrollierbare (die Symptome, die Erkrankung) zu kontrollieren. Dazu gehört die Regulation und Balance zwischen zuviel oder zuwenig Aktivität, die Zeiteinteilung im Sinne der Tagesstrukturierung sowie die Suche nach einem individuell geeigneten Umgang mit Belastungen (ebd.). Baer et al. (2003) zeigen anhand ihrer Interviews, dass von vielen Betroffenen Stabilität höher gewichtet wird als Wohlbefinden oder leidensfrei zu sein, und dass aufgrund des Wissens, was sie sich zumuten können, in vielen Fällen Bewältigung auch Verzicht bedeutet. Ein wichtiges Mittel, um psychische Stabilität aufrechtzuerhalten, sind Medikamente. Diese werden zwar als hilfreich empfunden, weil sie zur Verbesserung der Symptomatik und so zu einer Erhöhung der Lebensqualität beitragen, andererseits werden die Nebenwirkungen und das Angewiesensein auf die Medikamente als einschränkend empfunden (Baer et al., 2003). So erhöht die effektivste Kontrollmöglichkeit paradoxerweise das Gefühl des Ausgeliefertseins (ebd.).

Als wichtiger Bestandteil der Bewältigung ist auch die *Integration der Erkrankung ins Selbstbild* anzusehen. Eine psychische Erkrankung, so Baer et al. (2003), bedeutet unvermeidbar eine Erschütterung bisheriger Selbstverständlichkeiten, und die Integration ins Selbstbild ist eine schwierige und langwierige Aufgabe. Sie beinhaltet die Anerkennung und Akzeptanz eigener Grenzen und Beeinträchtigungen und teilweise den *Verlust von Lebenszielen* (Baer et al., 2003; Corring & Cook, 2007; Davidson & Strauss, 1992). In der Recovery-Forschung hat sich aber auch gezeigt, wie wichtig es ist, ein Leben und eine Identität „jenseits“ der Erkrankung zu haben (Davidson et al., 2001; Noordsy et al., 2001; Torrey & Wyzik, 2000). Hierzu würde aber auch die Akzeptanz durch die Gesellschaft gehören (Davidson et al., 2001). Wie eine der Befragten in der Studie von Baer et al. (2003) erzählt,

empfindet sie es als zynisch, wenn von ihr verlangt wird, die Krankheit zu akzeptieren, sie aber in einer Gesellschaft lebt, die gerade dies nicht tut (S. 168).

In diesem Zusammenhang beschreiben viele Betroffenen auch Faktoren, die den Recovery-Prozess hemmen bzw. die subjektive Lebensqualität einschränken. Dazu gehört die gesellschaftliche *Nicht-Akzeptanz, Diskriminierung und Stigmatisierung* (Baer et al., 2003; Corring & Cook, 2007; Humberstone, 2002), die sich für die Betroffenen im Gefühl äussert, am Rande der Gesellschaft zu stehen oder von ihr „zurückgelassen“ worden zu sein (Humberstone, 2002). Die befragten Personen sind sich der negativen gesellschaftlichen Vorurteile bewusst und leiden unter der Vorstellung, „normaler“ als normale Menschen sein zu müssen, um akzeptiert zu werden (Baer et al., 2003). Daneben besteht auch eine positive Stigmatisierung, die sich in einer Tendenz des privaten wie professionellen Umfelds bemerkbar macht, trotz bestehender Abhängigkeit nur die Autonomie und trotz grosser Einschränkungen nur die Ressourcen zu betonen, was – so Baer et al. (2003) – das Leiden der Betroffenen bagatellisiert und dazu führt, dass diese sich nicht ernst genommen fühlen (ebd.). Neben der Stigmatisierung werden auch die *Symptome psychischer Erkrankungen* wie Niedergeschlagenheit, Antriebsmangel, Halluzinationen und Suizidgedanken sowie *Nebenwirkungen von Medikamenten* – Gewichtszunahme, Müdigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten – als beeinträchtigend erlebt (Baer et al., 2003). Hinzu kommt die ständige Angst vor Stress und zu grossen Belastungen, die zu einem Rückfall führen könnten (Corring & Cook, 2007; Humberstone, 2002; Kennedy-Jones et al., 2005; Roe & Chopra, 2003).

Soziale Beziehungen werden hingegen als hilfreich und der Recovery förderlich erlebt. Baer et al. (2003) sowie Corrigan und Cook (2007) berichten von einem ausgeprägten Wunsch der von ihnen interviewten Personen nach Freundschaften, Partnerschaften und sozialem Bezug. Häufig sind aber gerade intime Beziehungen auch angstbesetzt und schwierig, weil viele der Betroffenen in der Kindheit wiederholt traumatisierende Beziehungsformen erlebten. Dagegen werden Freundschaften als sehr hilfreich, motivierend und ermutigend erlebt und daher sehr wertgeschätzt (ebd.; Kennedy-Jones et al., 2005). Eine besondere Bedeutung haben Beziehungen zu Professionellen (Baer et al., 2003; Corring & Cook, 2007), wobei für die Betroffenen zentral ist, dass sie ernst genommen werden in ihrem Leiden, dass sie respektiert werden, dass ihre Anstrengungen, die Erkrankung zu bewältigen und einen Weg zu finden, gewürdigt werden (ebd.). Die langjährigen Beziehungen zu Fachpersonen können für Betroffene Stabilität und Sicherheit bedeuten, andererseits werden sie durch negative Erlebnisse mit professionellen Helfenden auch besonders getroffen. Dazu gehören z.B. die Erfahrungen, dass Suizidgedanken nicht ernst genommen werden, dass nicht auf Wünsche eingegangen wird, und – wie einer der Befragten aus der Studie von Humberstone (2002) beschreibt – zwar die Identität als „krank“ von Fachpersonen in den Vordergrund gerückt wird, andererseits aber Symptome wie Stimmenhören, die für die Betroffenen real und beängstigend sind, als „nicht real“ bezeichnet werden.

Wichtig für Recovery und Lebensqualität ist schliesslich auch das *Erleben von Kompetenz*, das eng mit dem *Selbstwertgefühl* zusammenhängt (Baer et al., 2003; Corring & Cook, 2007; Davidson & Strauss, 1992; Kennedy-Jones et al., 2005). Kompetenz wird in erster Linie im Zusammenhang mit

Arbeit und der eigenen Arbeitsfähigkeit erlebt (Baer et al., 2003; Kennedy-Jones et al., 2005). Das Bedürfnis, sich nützlich zu machen, etwas geben zu können, ist für die Betroffenen oft schwierig zu erfüllen, da sie häufig keine Arbeit haben (ebd.). Sie empfinden sich dadurch als Last für die Gesellschaft und leiden unter ihrem geringen gesellschaftlichen Status (ebd.). Kompetenz wird dann erlebt, wenn man sich gebraucht und nützlich fühlt, einen Beitrag leistet und etwas Sinnvolles tut, was von anderen anerkannt wird (ebd.). So sehr sich jedoch die Betroffenen eine Arbeitsstelle wünschen, so gross ist auch ihre Angst, zu versagen, den Anforderungen und dem Leistungsdruck nicht gewachsen zu sein (Baer et al., 2003).

Die Befunde aus Studien, die sich dem Forschungsgegenstand mittels eines qualitativen Zugangs nähern, stimmen teilweise mit den zuvor beschriebenen quantitativen Ergebnissen überein, bieten darüber hinaus aber eine vertiefte Einsicht in die subjektive Bedeutung der Erkrankung und in die Gründe, warum und in welcher Art bestimmte Lebensbereiche das Befinden beeinflussen.

3.8 Zusammenfassung der wichtigsten empirischen Befunde

Das Konstrukt Lebensqualität wird in verschiedenen wissenschaftlichen Kontexten untersucht. Während sich die Ökonomie und die Sozialindikatorenforschung mit objektiven Merkmalen von Lebensqualität befassen, untersucht die psychologische Forschung unter dem Begriff Wohlbefinden die subjektiven Aspekte von Lebensqualität. In der Psychiatrie wird Lebensqualität in erster Linie als Evaluationskriterium psychiatrischer Behandlung und Versorgung verwendet, wobei sich die Bezugnahme sowohl auf Theorie und Forschung zu Sozialindikatoren wie auch zu subjektivem Wohlbefinden in engen Grenzen hält. In all diesen Disziplinen wird subjektive Lebensqualität als subjektive Einschätzung der eigenen Lebensumstände und -situation verstanden.

Die subjektive Lebensqualität von Menschen mit psychischen Erkrankungen erlangte im sozialpsychiatrischen Kontext im Zusammenhang mit der partiellen Verlagerung der psychiatrischen Versorgung von stationären zu ambulanten und gemeindenahen Strukturen deshalb grosse Bedeutung, weil die ambulante Versorgung und Behandlung in der Gemeinde nicht nur eine Verminderung der psychiatrischen Symptomatik, sondern eine Verbesserung verschiedenster Lebensbereiche anstrebte. Obwohl in den in diesem Zusammenhang entstandenen Studien unterschiedlichste Definitionen, Konzepte und Messinstrumente verwendet wurden und viele Befunde sich widersprechen, lassen sich folgende konsistente Ergebnisse zusammenfassen:

- *Kaum Zusammenhänge zwischen objektiven Lebensumständen und subjektiver Lebensqualität:* Auch Menschen, die unter objektiv deprivierten Umständen leben, weisen eine relativ hohe subjektive Lebensqualität auf. Dies gilt sowohl für die Allgemeinbevölkerung wie auch für Menschen mit psychischen Erkrankungen.
- *Kein Einfluss der soziodemografischer Variablen* Geschlecht, Alter und Bildung. Bezüglich des Stellenwerts der finanziellen Situation bzw. des *Einkommens* sind die Befunde widersprüchlich.

- **Positiver Einfluss einer *Erwerbstätigkeit*:** Eine Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beeinflusst die subjektive Lebensqualität stärker als die Arbeit in geschütztem Rahmen oder andere arbeitsähnliche Tätigkeiten.
- **Positiver Einfluss *sozialer Beziehungen*:** Die Resultate bezüglich struktureller Merkmale wie der Grösse des sozialen Netzes u.Ä. sind widersprüchlich. *Freundschaften* wirken sich positiv auf die Lebensqualität aus. Besonders stark hängt die *wahrgenommene soziale Unterstützung* mit der Lebensqualität zusammen.
- ***Psychosoziale Belastungen*:** Der Einfluss von *negativen Lebensereignissen* auf die subjektive Lebensqualität wurde kaum empirisch untersucht. Hingegen ist erwiesen, dass negative Lebensereignisse das Auftreten depressiver Symptome erhöht, die wiederum die Lebensqualität negativ beeinflussen (s.u.). Negative gesellschaftliche Stereotypen beeinflussen die Lebensqualität psychisch erkrankter Menschen insofern, als diese sich derer bewusst sind und deshalb erwarten, stigmatisiert, diskriminiert und ausgegrenzt zu werden. Diese *wahrgenommene Stigmatisierung* verringert die subjektive Lebensqualität, ebenso eine auf Verheimlichung und Rückzug ausgerichtete Einstellung über den Umgang mit der Stigmatisierung (*Stigma-Coping*). Hierbei spielt das Selbstwertgefühl eine entscheidende Rolle, da es den Effekt modifiziert. Der Einfluss konkreter stigmatisierender Erfahrungen und Erlebnisse hingegen ist nicht konsistent belegt.
- **Deutlicher Einfluss eines *positiven Selbstkonzepts*:** Belegt ist vor allem ein Effekt des Selbstwertes und kognitiver Überzeugungen wie Selbstwirksamkeit und Kontrollgefühl. Ein schlechtes Selbstwertgefühl ist eng verknüpft mit depressiver Symptomatik.
- **Deutlicher Einfluss von *depressiven und Angstsymptomen*, Einfluss der *momentanen Stimmung*:** Bei diesem unter dem Begriff „affective fallacy“ diskutierten Phänomen handelt es sich um einen der konsistentesten Befunde. Bei Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis beeinflussen zudem Positiv- und Negativsymptome die Lebensqualität. Weitere klinische Einflussfaktoren sind die *subjektive Symptombelastung*, der *Schweregrad der Symptomatik* und *Nebenwirkungen* von Psychopharmaka. Widersprüchliche Befunde bestehen hinsichtlich der Diagnose, der Erkrankungsdauer und neurokognitiver Defizite sowie in Bezug auf die Inanspruchnahme. Hingegen hat die *subjektive Beurteilung der Behandlungsqualität* bzw. die so bezeichneten „unmet needs“ einen Einfluss auf die Lebensqualität.
- ***Wenig Veränderungen subjektiver Lebensqualität über die Zeit*:** In Längsschnittstudien zeigen sich eine relativ hohe Stabilität der Lebensqualität bzw. wenig Veränderungen. Daneben gibt es aber auch noch einen *instabilen* Anteil, was sich im Einfluss der momentanen Stimmung und dem engen Zusammenhang zwischen der *Verbesserung depressiver Symptome* und einer Erhöhung der Lebensqualität zeigt. Die hohe Stabilität der Lebensqualität relativiert sich jedoch, wenn berücksichtigt wird, dass meist die *durchschnittliche Veränderung* über die Zeit

untersucht wird. Auf der individuellen Ebene zeigt sich, dass sich im Längsschnitt bei einigen Personen die Lebensqualität verbessert, sich bei anderen verschlechtert oder gleich bleibt.

- *Qualitative Forschung zu Lebensqualität und Recovery*: Studien, in denen anhand von qualitativen Interviews ein Zugang zu persönlichen und sozialen Erfahrungen und subjektiven Bedeutungen im Zusammenhang mit subjektivem Wohlbefinden und Lebensqualität gesucht wird, finden über die Befunde der quantitativen Forschung hinausgehende Aspekte: so scheint für die Betroffenen ein *Gefühl von Hoffnung, Sinnhaftigkeit, persönlichem Wachstum und Entwicklung* zentral für ihr Befinden und den Umgang mit der Erkrankung zu sein. Darüber hinaus spielt im Zusammenhang mit der *Bewältigung* psychische Stabilität für die Betroffenen eine wichtige Rolle. Die Integration der Erkrankung ins Selbstbild ist teilweise schwierig, da gewisse Symptome, das Angewiesensein auf Medikamente sowie deren Nebenwirkungen als stark beeinträchtigend erlebt werden. Ebenso wird die *gesellschaftliche Diskriminierung und Stigmatisierung* als Belastung empfunden, während *positive soziale Beziehungen* insbesondere zu Freunden, aber auch zu Fachleuten, als hilfreich, stützend und der Lebensqualität und Bewältigung förderlich erfahren werden. Schliesslich bezeichnen die Betroffenen das *Erleben von Kompetenz*, wie es vor allem an einer Arbeitsstelle erlebt wird, als zentral für ihre Lebensqualität.

Die Forschung zur subjektiven Lebensqualität von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist durch eine unübersichtliche Anzahl an Studien gekennzeichnet. In Bezug auf mögliche Einflussfaktoren fällt auf, dass diese auf sehr unterschiedliche psychologische und soziologische Theorien und Konzepte verweisen, diese in den Studien aber selten explizit gemacht werden. Dazu gehören vor allem Stress-theorien, Bewältigungs- und Ressourcen-Konzepte, die „Modified-Labeling-Theorie“, Theorien zum Selbstkonzept und zu Recovery. Zur Lebensqualität von psychisch erkrankten Menschen besteht jedoch *keine verbindliche Theorie*, sondern allenfalls konzeptuelle Modelle (Taillefer et al., 2003), während sich psychologische Modelle auf unterschiedlich benannte Konstrukte wie Wohlbefinden oder Glück beziehen. Dies wirft die Frage auf, was denn eigentlich in diesen Studien gemessen wird. In einigen Instrumenten wird die Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen wie Familie, Freizeit, Arbeit, Gesundheit erfragt und zu einem Mittelwert oder bereichsspezifischen Werten aggregiert. In anderen Studien wird die Lebensqualität mittels einer einzigen Frage erhoben, die von Diener (1984) als valider Indikator für die Lebensqualität bezeichnet wird, nämlich „Wie empfinden Sie Ihr Leben gesamthaft?“¹⁶. Wiederum andere Instrumente kombinieren diese beiden Ansätze und messen – in Anlehnung an Lehmans Modell (1983a, b; vgl. 2.4) – sowohl die Zufriedenheit in bestimmten Bereichen wie auch das globale Wohlbefinden. Daneben existieren Instrumente, die auf die gesundheitsbe-

¹⁶ „How do you feel about your life as a whole?“ Interessanterweise bezeichnet Diener (1984) diese Frage, deren Wortlaut eher auf die affektive Komponente von Wohlbefinden ausgerichtet ist, als validesten Indikator für die *kognitive* Bewertung des Wohlbefindens.

zogene Lebensqualität fokussieren und neben Fragen zur allgemeinen Lebenszufriedenheit vor allem krankheitsspezifische Beeinträchtigungen und Symptome erfassen (Gladis et al., 1999).

Je nachdem, wie das Konstrukt gemessen wird, ergeben sich andere Einflussfaktoren. Hinzu kommt, dass die sozialpsychiatrischen Studien entweder spezifische oder aber gemischte diagnostische Gruppen in unterschiedlichsten Behandlungssettings untersuchen, was die Vergleichbarkeit stark erschwert. In den vorhergehenden Kapiteln war abwechselungsweise von „Einflussfaktoren“, „Zusammenhängen“, „Prädiktoren“ oder „Aspekten“ von Lebensqualität die Rede, was wiederum die Heterogenität der Konzeptualisierungen und insbesondere der Messmethoden und Untersuchungsdesigns widerspiegelt. Ein Interpretationsproblem ergibt sich zudem aus der Tatsache, dass die meisten der erwähnten Studien die Zusammenhänge zwischen subjektiver Lebensqualität und anderen Konstrukten im Querschnitt erfassen und somit die vermeintlichen Prädiktoren keineswegs als kausal oder zeitlich vorhergehend interpretiert werden können.

Diese Befunde werfen grundsätzliche Fragen auf: Wenn die subjektive Lebensqualität als Einschätzung der eigenen Lebensumstände definiert wird, weshalb ist dann empirisch kein Zusammenhang festzustellen? Wenn depressive Symptomatik, Selbstwert und subjektiv wahrgenommene soziale Unterstützung so eng mit Lebensqualität verknüpft sind, wie gut ist dann die divergente Validität des Konstruktes bzw. der verschiedenen Konstrukte? Wenn die Veränderungssensitivität so gering ist bzw. Veränderungen stark mit der depressiven Symptomatik zusammenhängen, wie tauglich ist dann das Konstrukt Lebensqualität als Evaluationskriterium? Wie kommt die Einschätzung überhaupt zustande?

Die aus der Sicht vieler Forschender mangelhafte Beantwortung dieser Fragen hat in den letzten Jahren vor allem im deutschsprachigen Raum zu *fundamentaler Kritik* an der Verwendung von subjektiver Lebensqualität als Evaluationskriterium in der sozialpsychiatrischen Versorgungsforschung geführt. Den Stand des wissenschaftlichen Diskurses fasse ich im nächsten Abschnitt zusammen, um in einem weiteren Kapitel anhand eines konzeptuellen Modells aufzuzeigen, dass der kritisierte Mangel an theoretischen Konzepten eher in einer *bisher nicht ausreichenden disziplinübergreifenden Betrachtungsweise* als in einem tatsächlichen Fehlen solcher Konzepte begründet ist.

4 Konzeptuelle Modelle und theoretische Ansätze zur subjektiven Lebensqualität

4.1 Stand des wissenschaftlichen Diskurses

Die zentralen Kritikpunkte des wissenschaftlichen Diskurses der letzten zehn Jahre beziehen sich auf die *Unwissenschaftlichkeit* des Lebensqualitätskonstruktes, die sich aus fehlender Theorie, unterschiedlichen Definitionen und daraus folgender methodischer Probleme ergibt. Folgendes Zitat von Hunt (1997) weist auf die ethische Dimension der Problematik hin, wenn auf der Basis von – aufgrund fehlender theoretischer Anhaltspunkte schwer interpretierbaren – Befunden versorgungs- und behandlungsbezogene Entscheidungen gefällt werden.

It is the first tenet of any scientific enterprise, where measurement is to be attempted, that the object of measurement be precisely and meaningfully defined and the measuring instrument be appropriate and valid for the task. Moreover, where decisions may be made on the basis of the results of the applications of the measure, it is essential that consensus exists in the scientific and clinical community in order that all concerned know exactly what is being evaluated and that priorities in medical care are set on a standard basis (Hunt, 1997; S. 205).

Zwar besteht, wie schon in Kapitel 2.3 beschrieben, eine langjährige Forschungstradition zur subjektiven Lebensqualität bzw. wird diese routinemässig zur Erfassung der Perspektive von Patientinnen und Patienten in vielen Studien zu psychiatrischer Versorgung und Behandlung erhoben (vgl. 2.3; Franz, 2006b; Kilian & Pukrop, 2006). Die grosse Mehrheit der Untersuchungen bezieht sich aber nicht auf ein bestimmtes theoretisches Modell, sondern orientiert sich allenfalls an globalen Modellvorstellungen und vereinfachten Annahmen wie der, dass subjektive Lebensqualität messbar ist und durch professionelle Interventionen sowie die Veränderung objektiver Lebensumstände verbessert werden kann (Pukrop, 2003; Kilian & Pukrop, 2006). Die fehlende wissenschaftliche Reflexion hat dazu geführt, dass es gegenwärtig keine empirisch überprüfbare Theorie zur Lebensqualität gibt (Kilian & Pukrop, 2006). Dies ist verbunden mit einer „definitorischen Unbestimmtheit“ (Pukrop, 2003; S. 49) bzw. zeigt sich darin, dass keine verbindliche Definition des Konstruktes existiert (Awad et al., 1997; Hunt, 1997).

Die Konsequenz daraus ist, dass für die *Operationalisierung* und *Messung* der subjektiven Lebensqualität keine anerkannten oder verbindlichen Kriterien bestehen (Kilian & Pukrop, 2006; Pukrop, 2003) und unzählige Instrumente ad hoc entwickelt und angewandt wurden (Taillefer et al., 2003). In seiner Kritik erwähnt Pukrop (2003), dass zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität über 800 Instrumente existieren und folglich Forschungsergebnisse und deren Interpretation mitunter stark davon abhängen, welches Instrument eingesetzt wurde. Problematisch ist dies vor allem in Bezug auf die Gütekriterien der Instrumente und die Interpretation der Ergebnisse ohne theoretische Anhaltspunkte (Angermeyer & Kilian, 2006; Fakhoury & Priebe, 2002; Holloway & Carson, 2002; Hunt, 1997).

A fundamental problem from an evaluation perspective is that reliability, validity, and standardization of instruments derived from tested theoretical models provide some assurance that what is of interest is, in fact, being measured. Since, to a large extent, instruments are not derived from tested theoretical models, one result may be an apparent lack of change among program recipients in the areas of interest to service providers (Prince & Prince, 2001; S. 1027).

Einige Forschende bemängeln nicht nur das Theoriedefizit, sondern stellen die *Validität des Konstruktes* grundsätzlich in Frage. Beim vermeintlich neuartigen Einbezug der Erlebensperspektive von Patientinnen und Patienten analog zur somatischen Medizin handle es sich im psychiatrischen Kontext gar nicht um etwas Neues, da hier die subjektive Perspektive und die Orientierung an der Verbesserung der Alltagsbewältigung, dem psychischen Befinden und der sozialen Integration sowieso ein integraler Bestandteil von Anamnese und therapeutischer Intervention sei (Angermeyer & Kilian, 2006; Gladis et al., 1999; Kilian & Pukrop, 2006). Zudem erfasse das Konstrukt gar nicht die subjektive Perspektive, denn diese – „the inner life“ (Hunt, 1997; S. 209) – sei geprägt von Gefühlen wie Hoffnung, Liebe oder Ängsten und zudem häufig mehrdeutig (ebd.). Die Lebensqualitätsforschung gehe davon aus, so Angermeyer und Kilian (2006), dass die subjektive Lebensqualität davon abhängе, ob die Lebensbedingungen den eigenen Wünschen und Bedürfnissen entsprechen. Dieser Ansatz lässt jedoch viele Fragen offen: so bleibt z.B. unklar, welche Wünsche und Bedürfnisse die untersuchten Personen überhaupt haben, da in den meisten Instrumenten die abgefragten Lebensbereiche nicht von ihnen selbst bestimmt werden (ebd.). Eine hohe Lebensqualität würde dann entweder bedeuten, dass Bedürfnisse und äussere Bedingungen gut übereinstimmen, dass ein Bereich so unwichtig ist, dass die objektive Ausgestaltung keine Rolle spielt, oder aber die Wünsche den objektiven Bedingungen angepasst wurden (ebd.), wobei bei der Interpretation kaum entscheidbar wäre, was im Einzelfall zutrifft.

Die Validität des Konstruktes wird zudem durch den engen Zusammenhang mit depressiven Symptomen in Frage gestellt, wobei vor allem der „Bias“ bzw. die Verzerrung der Lebensqualitäts-Einschätzung als problematisch erachtet werden (Katschnig, 2006; Kilian & Pukrop, 2006). Atkinson et al. (1997) sprechen Menschen mit psychischen Erkrankungen deshalb die Fähigkeit, ihre Lebensqualität einzuschätzen, sogar ab.

...although the responses of mental health patients to quality of life instruments should ideally reflect their current physical, psychological, and social situation, such responses are likely to be obscured by individuals' expectations, personal desires, or mental states (Atkinson et al., 1997; S. 100).

Andere Forschende wiederum sind aber der Ansicht, dass das depressive Erleben ein inhärenter Bestandteil der subjektiven Perspektive ist, und gerade deswegen nicht „umgangen“, sondern in Bezug auf den Varianzanteil statistisch kontrolliert werden sollte (Baer et al., 2003; Franz, 2006a; Gladis et al., 1999; Orley, Saxena & Herrman, 1998). Auch die Überlappung mit anderen Konstrukten und der empirisch nachgewiesene Einfluss zahlreicher Faktoren (vgl. 3.1 bis 3.8) werden als wissenschaftlich fragwürdig eingestuft, da die Abgrenzung unklar und die divergente Validität mangelhaft sei (Kilian & Pukrop, 2006; Taillefer et al., 2003). So fehle ein externes Kriterium zur Validitätsüberprüfung

(Hunt, 1997), und die Unterscheidung zwischen Glück, Wohlbefinden und Zufriedenheit sei ebenso ungenügend wie die Abgrenzung sowohl gegenüber Konstrukten aus dem psychiatrischen Kontext wie Beeinträchtigungsgrad, Funktionsniveau oder soziale Anpassung, wie auch gegenüber psychologischen Konstrukten wie Selbstwert, Ängstlichkeit, Copingstil und Persönlichkeitsmerkmale (Pukrop, 2003). Tatsächlich verzeichnete die Happiness-Datenbank der Universität Amsterdam schon vor zwölf Jahren über sechstausend „Korrelate“ von Glück, Wohlbefinden und subjektiver Lebensqualität (Veenhoven, 1995).

Verschiedentlich wird deshalb dafür plädiert, im Bereich der Evaluation von Versorgung und Behandlung spezifischere Konstrukte zu verwenden. So halten Salize et al. (1999) die Erhebung von Behandlungsbedürfnissen („unmet needs“, vgl. 3.5.2) für den besseren Indikator in Bezug auf die Evaluation der Wirksamkeit von Behandlung und Versorgung. Kilian und Pukrop (2006) empfehlen die Verwendung bereits bestehender, theoretisch und methodisch besser fundierter Skalen.

Bezieht man darüber hinaus das gesamte Spektrum verfügbarer psychometrisch evaluierter Instrumente mit ein, so ergibt sich ein umfangreicher Bestand an reliablen, validen, sensiblen und normierten Skalen, die theoretisch hinreichend verankerte und hoch differenzierte Konstrukte des subjektiv zugänglichen Variablenkosmos erfassen können. Es bedarf eingehender Begründung, inwieweit ein schlecht definiertes Globalkonstrukt LQ [Lebensqualität] über die bereits verfügbaren spezifischen Indikatoren der subjektiven Erlebniswelt noch hinausgehen könnte (Kilian & Pukrop, 2006; S. 314).

Im Rahmen des Recovery-Ansatzes (vgl. 3.8.2) sprechen sich dagegen andere Autoren und Autorinnen für einen eher breiteren Zugang zum subjektiven Erleben aus, bei dem die subjektive Lebensqualität nur einer von mehreren Aspekten ist. Allerdings ist dazu anzufügen, dass sich in Bezug auf die theoretische Differenzierung, Dimensionalität, Operationalisierung und divergente Validität von Recovery exakt dieselben Fragen und Kritikpunkte stellen wie für die subjektive Lebensqualität (Noordy et al., 2002; Resnick, Rosenheck & Lehman, 2004). Nach wie vor erachten auch viele Forschende – unter der Bedingung der theoretischen Weiterentwicklung – die Verwendung von subjektiver Lebensqualität als sinnvoll. Dies einerseits, weil die subjektive Perspektive und Einschätzung der eigenen Lebenssituation als wichtige Information in Praxis und Forschung einbezogen werden sollte (Franz, 2006b; Orley et al., 1998). Andererseits wird eine breite und multidimensionale Erfassung des Behandlungserfolgs als wichtig erachtet – neben der Verbesserung der Symptome soll auch erhoben werden, ob die Behandlung auch sonst Verbesserungen der Lebenssituation von psychisch erkrankten Menschen bewirkt (Fabian, 1990; Awad et al., 1997; Gladis et al., 1999).

Es gibt allerdings bedeutend mehr theoretische Grundlagen und konzeptuelle Differenzierungen als die hier zitierten kritischen Stimmen bemängeln. So besteht in der psychologischen Wohlbefindens- und der Sozialindikatorenforschung seit langem ein reger wissenschaftlicher Diskurs, der auch differenzierte Modelle hervorgebracht hat. Diese Konzeptualisierungen haben jedoch, wie schon mehrfach erwähnt, bisher wenig Eingang gefunden in die Debatte innerhalb der sozialpsychiatrischen Forschung.

4.2 Subjektive Lebensqualität und Wohlbefinden

Wie ich schon in den vorhergehenden Abschnitten aufgezeigt habe, bleibt aufgrund der betrachteten empirischen Untersuchungen teilweise unklar, welche Phänomene mit dem Konstrukt Lebensqualität überhaupt abgebildet werden. Gemäss der in Kapitel 2.4 gegebenen Definition von Lehman (1983a) konstituiert sich Lebensqualität aus persönlichen Merkmalen, den objektiven Lebensumständen und der subjektiven Bewertung. Dies ist insbesondere deshalb problematisch, weil objektive Lebensumstände und deren subjektive Einschätzung sozusagen „vermischt“ werden, obwohl sich empirisch gezeigt hat, dass zwischen beiden nur ein geringer Zusammenhang besteht. Hieraus lässt sich schliessen, dass bei der Erhebung der Lebensqualität objektive Umstände und subjektive Einschätzungen klar getrennt und auch begrifflich unterschieden werden sollten. Die subjektive Einschätzung, oder eben die subjektive Lebensqualität, lässt sich in Anlehnung an Diener (1984), einem der bedeutendsten Vertreter der psychologischen Wohlbefindensforschung, weiter differenzieren in eine affektive und eine kognitive Dimension. Gemäss Diener und Suh (1997) lässt sich sodann die affektive Dimension weiter unterscheiden in negativen und positiven Affekt, wobei diese als zwei voneinander unabhängige Dimensionen aufgefasst werden (vgl. auch Abbey & Andrews, 1985). Andere Autoren unterscheiden zwischen dem globalem Wohlbefinden, dem momentanem Befinden bzw. der Stimmung und der Zufriedenheit in bestimmten Lebensbereichen (Stones & Kozma, 1991). Diese unterschiedlichen Betrachtungsweisen zeigen, dass eine Abgrenzung von subjektiver Lebensqualität und subjektivem Wohlbefinden kaum möglich ist (vgl. Zissi & Barry, 2006). Beide Konstrukte bezeichnen die subjektive Einschätzung der eigenen Lebenssituation, die eine kognitiv-bewertende und eine emotionale Komponente enthält. Wiederum andere Autorinnen und Autoren sehen Lebensqualität als den Aspekt an, der bei der Erfassung des subjektiven Wohlbefindens gemessen wird.

Quality of life is a measure of subjective well-being, an abstract and multifaceted concept which subsumes related but structurally different concepts such as happiness and life satisfaction (Fabian, 1990; S. 161).

Aufgrund der identischen Konzeptualisierung von Wohlbefinden und subjektiver Lebensqualität kann davon ausgegangen werden, dass *die beiden Begriffe dasselbe bezeichnen* und die unterschiedliche Bezeichnung *disziplinär bedingt* ist. Im Folgenden werde ich deshalb die Begriffe gleichwertig und synonym verwenden.

Kim-Prieto et al. (2005) entwickelten ein Modell zum subjektiven Wohlbefinden, das die verschiedenen Komponenten als Sequenz miteinander in Bezug setzt und die Beziehungen und Prozesse zwischen diesen Komponenten beschreibt. Obwohl es sich dabei nicht um eine Theorie des subjektiven Wohlbefindens im engeren Sinn handelt, erlaubt es eine integrierte Betrachtungsweise verschiedener Konzeptualisierungen, Erklärungsansätze und Theorien. Da ich darüber hinaus davon ausgehe, dass sich Menschen mit psychischen Erkrankungen bezüglich der im Modell beschriebenen Phänomene nicht grundsätzlich von „gesunden“ Menschen unterscheiden, lassen sich möglicherweise aus dem

Modell wichtige Hinweise in Bezug auf die Interpretation der beschriebenen empirischen Befunde und der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit ableiten.

4.3 Konzeptuelles Modell zur subjektiven Lebensqualität

4.3.1 Grundlagen des Modells

Kim-Prieto et al. (2005) unterscheiden drei Zugänge zum subjektiven Wohlbefinden im Alltag:

People gauge their SWB [subjective well-being] in a number of different ways. For example, one can appraise large segments of one's life, such as work, social relationships, or marriage. Or, one can gauge happiness by recalling emotions felt during a specific event, such as Christmas dinner. Or, one can rely on current mood or spontaneous emotional reactions (S. 262).

Dieselben Zugänge, so die Autorinnen und der Autor, widerspiegeln sich auch in der Wohlbefindensforschung: Wohlbefinden kann erstens über die globale Einschätzung des eigenen Lebens oder bestimmter Bereiche anhand der Beurteilung der Lebenszufriedenheit oder eben der subjektiven Lebensqualität erfasst werden. Zweitens kann subjektives Wohlbefinden über die Erinnerung an vergangene emotionale Erfahrungen erhoben werden (Kim-Prieto et al., 2005). Drittens lässt sich subjektives Wohlbefinden auch als Aggregation oder Zusammenfassung emotionaler Reaktionen zu verschiedenen Zeitpunkten verstehen und mittels „Experience Sampling“¹⁷ erheben (ebd.). Die unterschiedlichen Zugänge zum subjektiven Wohlbefinden zeigen sich auch in unterschiedlichen Erhebungs- und Messmethoden, und es stellt sich natürlich die Frage, ob mit den unterschiedlichen Methoden dasselbe oder voneinander verschiedene Konstrukte gemessen werden.

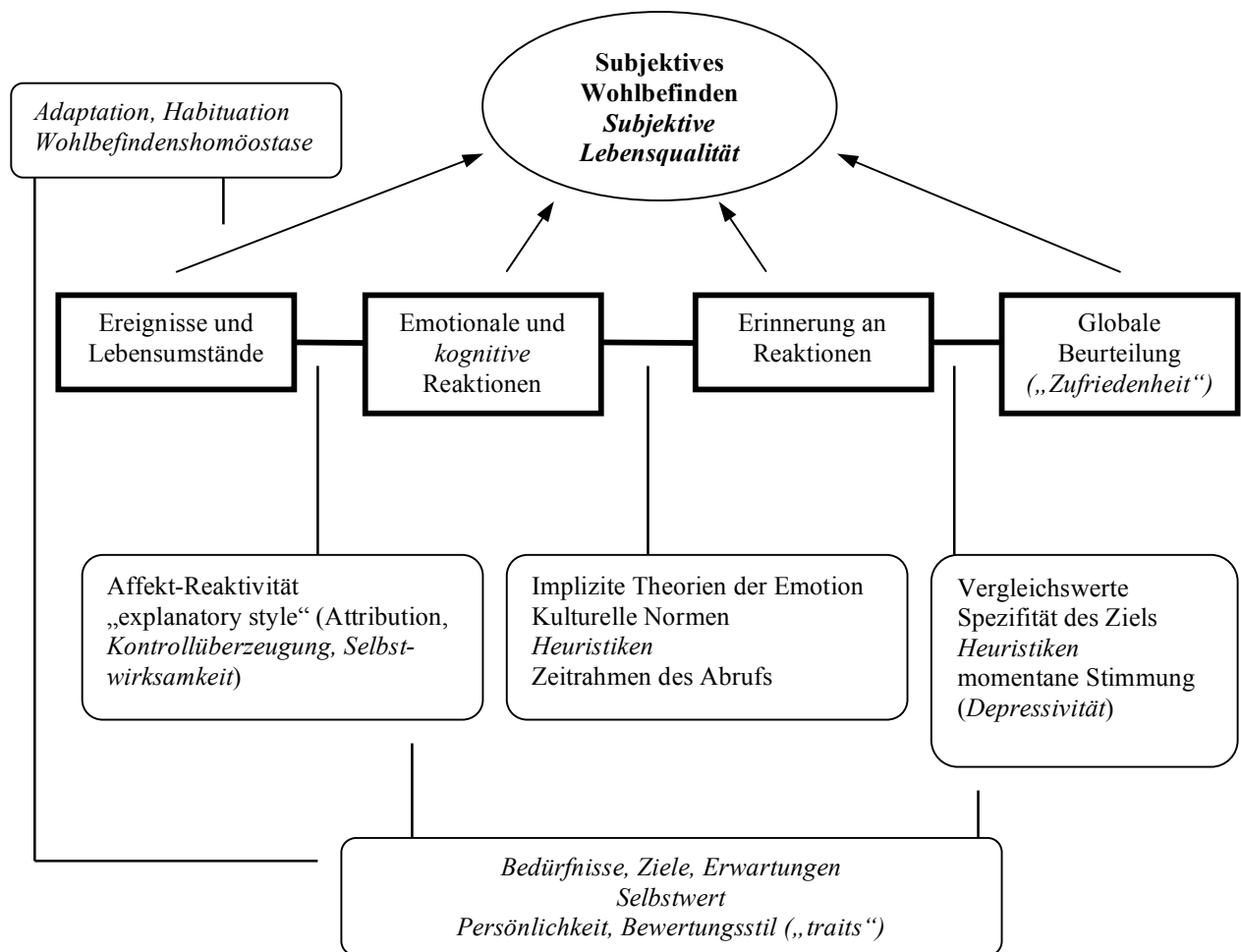
To what degree do the different facets of SWB converge? If the measures used by the different approaches fully converge, this would justify the use of SWB as an overarching construct, but at the same time call for a reconceptualization of its different components. On the other hand, if the measures are unrelated, researchers would need to reconsider the usefulness of SWB as a general construct, and focus on the unique and more specific concepts emphasized by each approach (Kim-Prieto et al., 2005; S. 264).

Empirisch erweisen sich die Zusammenhänge zwischen verschiedenen Komponenten als moderat, was in der Regel auf Messfehler zurückgeführt wird (ebd.). Allerdings verfügen viele der verwendeten Wohlbefindens-Skalen über gute Reliabilität und Validität. Ein alternativer Erklärungsansatz ist deshalb, dass mit den verschiedenen Ansätzen unterschiedliche Konstrukte gemessen werden (ebd.). Kim-Prieto et al. (2005) vertreten weder die These, dass die verschiedenen Zugänge dasselbe latente Konstrukt messen und der beste Zugang gefunden werden sollte, noch dass die verschiedenen Zugänge etwas anderes messen – ihre These ist vielmehr, dass die verschiedenen Komponenten *zeitlich unterscheidbare Aspekte von Wohlbefinden* darstellen.

¹⁷ Bei der „Experience Sampling Method“ (ESM), die auf Csikszentmihalyi und Larsen (1978) zurückgeht, werden Studienteilnehmende mehrmals pro Tag an zufälligen Zeitpunkten durch einen Signalgeber (z.B. vorprogrammierte Uhr) aufgefordert, ihr Befinden auf einem meist kurzen Fragebogen festzuhalten. Subjektives Wohlbefinden wird dann als aggregierter Wert über diese Einzelwerte errechnet.

We propose that while SWB is a unitary construct, it changes through the passage of time. As such, the different components that make up the time-sequential framework of SWB are related to each other in systematic ways (Kim-Prieto et al., 2005; S. 266).

In Grafik 2 wird eine modifizierte Form des Modells dargestellt. Die von mir vorgenommenen Änderungen (in der Grafik *kursiv*) beruhen auf dem Einbezug anderer konzeptueller Modelle und Erklärungsansätze für subjektives Wohlbefinden oder präzisieren unter Einbezug bestehender Forschungsliteratur die von Kim-Prieto et al. (2005) konzeptualisierten Prozesse und Zusammenhänge. Die ursprüngliche Version des Modells findet sich in Anhang I. Bei der Beschreibung der einzelnen Modellkomponenten werde ich vertieft auf die Modifikationen eingehen.



Grafik 2: Modell des subjektiven Wohlbefindens (SWB), beruhend auf dem Modell von Kim-Prieto et al. (2005) (Ergänzungen und Änderungen kursiv)

Folgende Annahmen liegen dem Modell zugrunde (Kim-Prieto et al., 2005; S. 266f.):

1. Subjektives Wohlbefinden wird verstanden als eine *Sequenz* verschiedener Stadien, die sich über die Zeit entwickeln.
2. Es gibt vier Hauptstadien, im Folgenden *Komponenten* genannt, die miteinander verbunden sind: a) Lebensumstände und Ereignisse, b) emotionale und kognitive Reaktion auf diese Er-

eignisse, c) Erinnerung und Abruf der Reaktionen und d) globale, evaluative Beurteilung der eigenen Lebenssituation.

3. Zusätzlich zur Zeitachse gibt es in jedem Stadium weitere *Faktoren*, die dieses und in der Folge das subjektive Wohlbefinden beeinflussen.
4. Um subjektives Wohlbefinden zu erfassen, genügt es nicht, eine einzelne Phase zu betrachten; es sollten *alle vier Phasen oder Stadien berücksichtigt* werden.
5. Die vier Phasen und die Übergänge dazwischen geben Aufschluss darüber, weshalb die Lebensumstände der Personen nur moderat mit der Beurteilung dieser Umstände zusammenhängen.
6. *Persönlichkeitsfaktoren* haben einen Einfluss auf das subjektive Wohlbefinden, weil sie alle vier Phasen oder Stadien gleichermaßen beeinflussen¹⁸.
7. Das Modell ist rekursiv, die Phasen können auch gleichzeitig sein, oder überlappend (vgl. 4.3.9).

In Bezug auf das Modell von Lehman (1983a, b), das in Kapitel 2.4 vorgestellt ist, ergeben sich zum Teil Überschneidungen: so können Lehmans „objektive Indikatoren der Lebensqualität“ mit der Komponente „Ereignisse und Lebensumstände“ in diesem Modell gleichgesetzt werden. Kim-Prieto et al. (2005) legen jedoch im Gegensatz zu Lehman weniger Gewicht auf die Unterscheidung verschiedener Lebensbereiche wie Arbeit, Freizeit oder soziale Beziehungen und spezifizieren keinen Einfluss von „persönlichen Merkmalen“ wie Alter, Geschlecht und anderen soziodemografischen Variablen.

Im Folgenden werde ich die Komponenten und Faktoren des Modells erläutern und dabei weitere theoretische und konzeptuelle Überlegungen sowie empirische Befunde einbeziehen, wo es mir – insbesondere in Bezug auf Menschen mit psychischen Erkrankungen – angebracht erscheint.

4.3.2 Lebensumstände und Ereignisse

Lebensumstände und Ereignisse werden im Modell als Komponente oder Phase des subjektiven Wohlbefindens aufgeführt. Obwohl sie nicht im engeren Sinn „subjektiv“ sind, beziehen sich doch die Reaktionen und die Beurteilung des subjektiven Wohlbefindens darauf, weshalb sie einen wichtigen Teil des Modells darstellen (Kim-Prieto et al., 2005).

Die *Lebensumstände* von Menschen unterscheiden sich so sehr, dass sich dies in ihrem subjektiven Wohlbefinden niederschlagen müsste (Kim-Prieto et al., 2005). Wie auch die empirischen Befunde zeigen (vgl. 3.1), sind diese Zusammenhänge jedoch nur moderat bzw. erklären objektive Umstände nur einen geringen Teil des subjektiven Wohlbefindens. Etwas anders sieht es bei belastenden Lebensereignissen aus: hier zeigen zwei Studien von Lucas und Ko-Autoren, dass die Lebenszufriedenheit kurz nach dem Ereignis stark absinkt und danach langsam wieder auf das Ausgangsniveau steigt (Lucas, Clark, Georgellis & Diener, 2003, 2004). Darüber hinaus erfolgt die Anpassung an gewisse Ereignisse nur langsam und nur unvollständig (Übersicht bei Diener et al., 1999). Kim-Prieto et al.

¹⁸ Aus diesem Grund haben Kim-Prieto et al. (2005) Persönlichkeitsfaktoren auch nicht in das Modell integriert. In Kapitel 4.3.8 erläutere ich, weshalb ich diese hinzugefügt habe.

(2005) weisen darauf hin, dass Lebensumstände zwar einen Einfluss auf die späteren Stadien des subjektiven Wohlbefindens haben, dass dieser aber *interindividuell so stark variiert*, dass im Durchschnitt kein Einfluss auszumachen ist (vgl. 3.8). Diese Befunde weisen auf Anpassungsprozesse hin, welche auch im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen von verschiedenen Autorinnen und Autoren als zentral erachtet werden. Es müssen zwei unterschiedliche Arten von Anpassungsprozessen unterschieden werden: einerseits eine „passive“ Anpassung, die im nächsten Kapitel beschrieben wird und mit Begriffen wie Adaptation, Habituation und Wohlbefindenshomöostase (vgl. Kim-Prieto et al., 2005) bezeichnet werden kann, und andererseits Anpassungsprozesse in Form der Modifikation und Veränderung von eigenen Werten, Wünschen und Bewertungskriterien, die in den Kapiteln 4.3.6.2 und 4.3.7 dargestellt werden.

4.3.3 Habituation, Adaptation, Wohlbefindenshomöostase

Die *Anpassung* an – auch widrige – Lebensumstände wird in verschiedenen Zusammenhängen diskutiert. Erwähnt wurde in Kapitel 3.1 der Begriff der „relativen Deprivation“ (Diener et al., 1999), an anderen Stellen wird die Idee unter dem Begriff „response shift“ als kognitiver Prozess verstanden (Evans & Huxley, 2005). Im Gegensatz zu diesen Kognitionen und insbesondere auch zu Copingkonzepten, die auf die *aktive Bewältigung* fokussieren, bezeichnen die Begriffe Habituation, Adaptation und Homöostase einen automatischen bzw. *passiven Anpassungsprozess*. Bei Habituation und Adaptation handelt es sich um Konzepte, die ursprünglich in der Verhaltensbiologie und Lerntheorie geprägt wurden, um die Gewöhnung bzw. sich verringernde Reaktivität von Organismen auf sich wiederholende spezifische Reize zu beschreiben (Diener et al., 1999). Der Begriff Homöostase wird in der Systemtheorie in Bezug auf sich selbst regulierende Fließgleichgewichte benutzt (von Schlippe & Schweitzer, 1996).

Postuliert wurden solche Anpassungsprozesse einerseits aufgrund der bereits aufgeführten Befunde zu Lebensereignissen, objektiven Lebensumständen und deren subjektiver Einschätzung (vgl. 4.3.2). Andererseits zeigt sich kulturübergreifend eine positive schiefe Verteilung von Wohlbefinden oder Lebensqualität, die in einer Vielzahl von Studien nachgewiesen wurde (vgl. Cummins, Gullone & Lau, 2002; Katschnig, 2006): gemäss Cummins et al. (2002) liegt dieses Niveau auf einer standardisierten Skala von 0 bis 100 bei etwa 75. Verschiedene Forschende gehen deshalb davon aus, dass ein *homöostatischer Prozess* das Wohlbefinden reguliert und ein universelles Niveau des subjektiven Wohlbefindens existiert, dessen inter- und intrapersonelle Varianz sehr gering ist (Brickman et al., 1978; Cummins, 2000; Cummins et al., 2002; Stones & Kozma, 1991).

Die beschriebenen Anpassungsphänomene wie auch die emotionalen und kognitiven Reaktionen auf Lebensumstände und Ereignisse sind gemäss Vertreterinnen und Vertretern dieses Ansatzes eng verknüpft mit Persönlichkeitsfaktoren bzw. stabilen Merkmalen („traits“) (Cummins & Nistico, 2002; Cummins et al., 2002; Headey & Wearing, 1989). Auch hängen sie mit der Anpassung und Veränderung von Wünschen, Zielen und Bedürfnissen eng zusammen (Diener et al., 1999). Diese werde ich in

den Kapiteln 4.3.8 bzw. 4.3.7 genauer betrachten und vorerst auf die von Kim-Prieto et al. (2005) im Modell aufgeführten Komponenten eingehen.

4.3.4 Emotionale und kognitive Reaktionen

Die erste Reaktion auf ein Ereignis betrifft dessen *Valenz*, d.h. es wird bewertet, ob das Ereignis als angenehm oder unangenehm bzw. erwünscht oder nicht erwünscht empfunden wird (Kim-Prieto et al., 2005). Emotionale Reaktionen verlaufen meist sehr schnell und teilweise unbewusst und umfassen eine Reihe komplexer physiologischer Prozesse und kognitiver Reaktionen (ebd.). Zwar gibt es Ereignisse, deren Valenz für die meisten Leute identisch ist, ansonsten variiert die subjektive Bedeutung von Ereignissen aber beträchtlich, was wiederum als möglicher Grund für den fehlenden Zusammenhang von objektiven Umständen und subjektiver Einschätzung gewertet werden kann (ebd.). Den grössten Einfluss haben Ereignisse oder sich ändernde Lebensumstände, wenn sie *persönliche Ziele und Bedürfnisse* betreffen (ebd.).

... external events and circumstances are related to people's affective and cognitive reactions, but that this relation is mediated by processes that vary considerably across individuals. Further, while no one-to-one correspondence between events and circumstances and evaluative reactions to them exist, the two are related in a systematic manner and depend on a variety of factors, such as explanatory style, adaptation, and the availability of resources for meeting one's goals (Kim-Prieto et al., 2005; S. 276).

Im modifizierten Modell werden *Bedürfnisse, Ziele und Erwartungen* als gesonderte Komponente in das Modell integriert, da sie wie die „traits“ mit Anpassungsprozessen zusammenhängen und die globale Bewertung des Wohlbefindens beeinflussen (vgl. 4.3.7). Die Verknüpfung von Ereignissen und Umständen mit emotionalen und kognitiven Reaktionen wird darüber hinaus von Persönlichkeitsfaktoren wie Extraversion und Neurotizismus (vgl. 3.5) beeinflusst, die das Ausmass der *emotionalen Reaktivität* auf Ereignisse bestimmen (Kim-Prieto et al., 2005). Daneben spielen kognitive Muster wie der Attributionsstil (Buchanan & Seligman, 1995), habituelle Bewertungsstile sowie Kontrollüberzeugungen und Selbstwirksamkeit eine Rolle (vgl. 3.5). Aufgrund des von Kim-Prieto et al. (2005) postulierten Einflusses solcher kognitiver Prozesse auf die unmittelbare Reaktion auf Ereignisse habe ich an dieser Stelle die emotionalen Reaktionen um eine kognitive Komponente ergänzt (vgl. Grafik 2).

4.3.5 Erinnerung und Abruf emotionaler Reaktionen

Die nächste Komponente im Modell betrifft die Erinnerung und den Abruf der in 4.3.4 beschriebenen Reaktionen auf Ereignisse. Die Untersuchung der Zusammenhänge zwischen Emotionen, Erinnerung und Gedächtnis ist ein sehr breites Forschungsfeld, das sich vor allem damit auseinandersetzt, wie Emotionen enkodiert und abgerufen werden (Christianson, 1992). Die von Kim-Prieto et al. (2005) zusammengefassten Studien zeigen, dass mittels „Experience Sampling“ erhobene emotionale Reaktionen zwar mit später abgerufenen Erinnerungen an diese Reaktionen zusammenhängen, mit diesen aber nicht identisch sind. Vielmehr werden die Erinnerungen unter dem Einfluss des gegenwärtigen

Gefühlszustands, Werten und Überzeugungen sowie Motivationslagen stetig rekonstruiert (Ross & Wilson, 2000).

Beim Abruf vergangener emotionaler Reaktionen spielen auch *implizite Theorien der Emotion*, d.h. individuell und kulturell geprägte Vorstellungen darüber, welche Gefühle durch bestimmte Ereignisse und Situationen ausgelöst werden eine Rolle (Kim-Prieto et al., 2005)¹⁹. *Kulturelle Normen* sind auch dahingehend wirksam, dass Emotionen, die den kulturellen Normen entsprechen, besser erinnert werden (Markus & Kitayama, 1994). Da es sich bei der Erinnerung von Gefühlen im Rahmen einer Befragung oder eines Experiments um eine relativ schwierige Aufgabe handelt, verlassen sich die Teilnehmenden in unterschiedlichem Mass auf Heuristiken (Kim-Prieto et al., 2005), d.h. auf innere oder äussere Informationen, die relativ einfach verfügbar sind (Tversky & Kahnemann, 1974). Wie sehr sich Studienteilnehmende auf solche heuristischen Informationen verlassen, hängt unter anderem vom *Zeitraumen* ab, für den bestimmte Gefühle erinnert werden sollen, da die Erinnerung in Bezug auf längere Zeiträume wie z.B. „im letzten Jahr“ ungenauer ist als für kürzere Zeiträume wie „letzte Woche“ (Kim-Prieto, 2005). Die genannten Heuristiken werden im Folgenden beschrieben.

4.3.6 Globale Beurteilung des Wohlbefindens

4.3.6.1 Beurteilungsheuristiken

Am Schluss der von Kim-Prieto et al. (2005) postulierten Sequenz des Wohlbefindens steht die globale Beurteilung und Bewertung des eigenen Wohlbefindens. Der Schwerpunkt liegt hier stark auf dem kognitiv-bewertenden Aspekt von Wohlbefinden, der auch als *Lebenszufriedenheit* bezeichnet werden kann (Kim-Prieto et al., 2005). Solche Beurteilungen werden vor allem im Kontext von wissenschaftlichen Untersuchungen abgerufen. Hier zeigen die Arbeiten von Schwarz und Ko-Autoren, dass Studienteilnehmende systematisch auf bestimmte, *leicht verfügbare Informationen* – so genannte Heuristiken – zurückgreifen, um zu einer Beurteilung zu gelangen (Schwarz & Clore, 1983; Schwarz & Strack, 1999; Schwarz, Wänke & Bless, 1994). Eine dieser Heuristiken ist die *Salienz* der Information, d.h. deren Verfügbarkeit. Salient sind z.B. kürzlich zurückliegende Ereignisse oder aktuelle Probleme (Schwarz et al., 1994), welche die Bewertung der Lebenszufriedenheit nachweislich beeinflussen.

... in most cases our spontaneous attempts to assess the quality of our life are triggered by some current problem. If so, the problematic situation is likely to be the focus of attention and will hence serve as the subject of comparison (S. 193).

Der Ansatz kognitiver Heuristiken wurde kritisiert, da er sich zu stark auf kognitive Prozesse beschränke und die wichtige Rolle, die Emotionen bei Bewertungsprozessen spielen, zu wenig beachte (Leyens & Codol, 1992). Der Rückgriff auf heuristische Informationen erfolgt in den meisten Fällen nicht bewusst, sondern automatisch (vgl. Kim-Prieto et al., 2005). So konnten Schwarz und Clore (1983) zeigen, dass die *momentane Stimmung und Gefühle* ebenfalls aufgrund ihrer Verfügbarkeit als Informationsquelle genutzt werden. Diese Konzeptualisierung bietet auch eine plausible Erklärung für die in Kapitel 3.5.1 beschriebene „affective fallacy“.

¹⁹ Bsp.: Regnerisches Wetter führt zu schlechter Laune.

Ein weiterer wichtiger Faktor, der dazu beiträgt, ob sich Studienteilnehmende auf Heuristiken verlassen oder nicht, ist die *Zielspezifität*. Diese bezieht sich auf die Art der gestellten Fragen: soll die globale Lebensqualität mit einer einzigen Frage beantwortet werden (vgl. 3.8) oder wird die Zufriedenheit mit einzelnen Lebensbereichen erfragt? Schwarz, Strack, Kommer und Wagner (1987) konnten zeigen, dass der Rückgriff auf Heuristiken umso stärker ist, je abstrakter und globaler die Frage bzw. die von den Studienteilnehmenden geforderte Antwort ist. Darüber hinaus verlassen sich Personen in unterschiedlichem Ausmass auf heuristische Informationen und unterscheiden sich darin, welche dieser Informationen sie bei der Beurteilung der Lebensqualität beiziehen (Schimmack, Oishi, Diener & Suh, 2000). Es besteht jedoch eine intraindividuelle Stabilität, d.h. die Personen verlassen sich in bleibendem Ausmass auf dieselben Informationsquellen (ebd.).

4.3.6.2 Vergleichswerte

Mehrere theoretische Ansätze – so auch die These der schon mehrfach erwähnten „relativen Deprivation“ – konzeptualisieren Lebensqualität oder Lebenszufriedenheit als *kognitiven Vergleich* zwischen dem momentanen Zustand und bestimmten Referenzwerten und schreiben diesem Prozess eine wichtige Funktion in der Regulation des Wohlbefindens und der Zufriedenheit zu (Meadow, Mentzer, Rahtz & Sirgy, 1992; Diener & Suh, 1997; Franz et al., 2000). Festinger (1954) nahm in seiner Theorie des *sozialen Vergleichs* an, dass Menschen sich mit anderen vergleichen, um zu wissen, wo sie im Leben stehen und so zu einer möglichst korrekten Selbstevaluation zu gelangen. Untersuchungen aus dem medizinischen Bereich weisen darauf hin, dass Menschen in bedrohlichen Lebenssituationen so genannte Abwärtsvergleiche vornehmen, d.h. sich mit anderen vergleichen, denen es schlechter geht als ihnen selbst (Übersicht bei Franz et al., 2000; Wills, 1981). In Untersuchungen zu sozialen Vergleichen von Menschen mit psychischen Erkrankungen zeigt sich, dass jene Personen, die noch nicht lange erkrankt sind, sich in so genannten Aufwärtsvergleichen eher mit Gesunden vergleichen, was zu einer relativen Unzufriedenheit führt (Franz et al., 2000), während langzeithospitalisierte Patientinnen und Patienten sich mit Mitpatientinnen und -patienten vergleichen (ebd.; Finlay, Dinos & Lyons, 2001). Die Funktion der Abwärtsvergleiche wird in einem Schutz des Selbstwertgefühls bzw. einer „Selbstverstärkung“ gesehen (Finlay et al., 2001; Franz, 2006a) und widerspricht der These der korrekten Selbstevaluation (s.o.).

Meadow et al. (1992) sowie Welham et al. (2001) geben einen Überblick über weitere der so genannten „*Gap-Discrepancy*“-Ansätze: Judgment- oder Kongruitätstheorien definieren den Grad der Lebenszufriedenheit einer Person als direkte Funktion eines kognitiven Vergleichs zwischen einem Standard und den aktuellen Bedingungen, während sich die Adaptation-Level-Theorie vor allem mit den in 4.3.3 beschriebenen Anpassungsprozessen befasst und postuliert, dass sich der innere Evaluationsstandard in Reaktion auf sich ändernde äussere Umstände anpasst (Brickman et al., 1978). Michalos (1985) konnte im Rahmen der Überprüfung seiner Multiplen-Diskrepanzen-Theorie aufzeigen, dass die Diskrepanz zwischen der Wahrnehmung des Erreichten (Ist) und der Erwartungen (Soll) einen starken Zusammenhang mit der Lebenszufriedenheit hat. Zudem konnte er empirisch nachweisen,

welche Referenzwerte, -personen und -standards Menschen bei der Beurteilung ihrer Lebenszufriedenheit hauptsächlich nutzen (ebd.): 1. was Verwandte und die eigene Familie erreicht haben, 2. was Freunde und Bekannte erreicht haben, 3. eigene vergangene Erfahrungen (vgl. auch Suls, 1986), 4. das Selbstkonzept, eigene Schwächen und Stärken und 5. den sozialen Vergleich mit einer durchschnittlichen Person in einer ähnlichen Situation.

Diese Ausführungen lassen erkennen, wie eng Vergleichswerte, Bewertungskriterien und Referenzstandards mit persönlichen Bedürfnissen, Zielen und Erwartungen zusammenhängen. Diese werden im ursprünglichen Modell von Kim-Prieto et al. (2005) als Einflussfaktoren der unmittelbaren emotionalen Reaktionen angesehen (vgl. Anhang I). Die aufgeführten theoretischen Ansätze machen jedoch deutlich, dass sie auch die globale Beurteilung des Wohlbefindens beeinflussen, weshalb ich sie an anderer Stelle in das Modell integriere (vgl. Grafik 2).

4.3.7 Bedürfnisse, Ziele und Erwartungen

Bei der Untersuchung des Einflusses von Bedürfnissen auf die Einschätzung des Wohlbefindens, wird häufig auf die *Theorie der Bedürfnisbefriedigung* von Maslow (1943; 1954) zurückgegriffen (Corten, Mercier & Pelc, 1994). Die so genannte Maslow'sche Bedürfnispyramide postuliert einen hierarchischen Aufbau von verschiedenen Bedürfnissen: körperliche Grund- oder Existenzbedürfnisse, Sicherheit (Wohnung, Arbeit, staatliche Strukturen, Werteorientierung), Zugehörigkeit und soziale Beziehungen, Achtung, Wertschätzung und Anerkennung sowie Selbstverwirklichung. Allerdings bezieht sich die Theorie ausschliesslich auf objektive Lebensbedingungen und die objektiv beurteilte Ausprägung der Bedürfnisse. Sie ist hinsichtlich ihres Nutzens in der Konzeptualisierung von subjektiver Lebensqualität und Wohlbefinden kritisch zu beurteilen (Angermeyer & Kilian, 2006; Corten et al., 1994) und wird deshalb nicht näher einbezogen.

Ziele und Erwartungen beeinflussen einerseits die unmittelbare Reaktion auf Ereignisse (Kim-Prieto et al., 2005), andererseits die globale Wohlbefindensbeurteilung über die Beeinflussung der Vergleichswerte (vgl. 4.3.6.2). Diener et al. (1999) zeigen, dass Ziele und Erwartungen selbst als Vergleichswerte dienen und weisen darauf hin, dass nur schon Ziele zu haben und das Gefühl, sich auf diese zuzubewegen, einen grossen Einfluss auf das subjektive Wohlbefinden haben und sogar wichtiger sind als die Verwirklichung und Zielerreichung selbst (vgl. auch Csikszentmihalyi, 1990). Darüber hinaus scheinen Ziele und Wünsche, die intrinsisch motiviert sind, wie z.B. persönliches Wachstum oder Weisheit, enger mit dem subjektiven Wohlbefinden verknüpft zu sein als extrinsische Ziele wie z.B. Reichtum und Ruhm (vgl. Diener et al., 1999).

Viele Autorinnen und Autoren führen die hohe subjektive Lebensqualität von Menschen mit psychischen Erkrankungen auf ein Senken der Erwartungen und eine Abkehr von Zielen zurück und bezeichnen diesen Prozess als „Resignation“ (vgl. dazu Franz, 2006a). Die Verschiebung von Zielen und Erwartungen bzw. deren sich ändernde subjektive Gewichtung im Laufe der Erkrankung kann aber auch als realistische Anpassungs- und Bewältigungsstrategie angesehen werden, die es den Betroffenen trotz erschwelter Umstände erlaubt, zufrieden zu sein (Cheng, 1988; Evans & Huxley, 2005;

Franz, 2006a). So zeigt auch eine Studie von Diener und Fujita (1995), dass nicht die „Höhe“ bzw. das Ausmass der Erwartungen und persönlichen Ziele das Wohlbefinden beeinflussen, sondern ob diese Erwartungen und Ziele realistisch sind und den individuellen Ressourcen entsprechen. Diese Ansätze erklären zwar die relativ hohe Lebensqualität von Menschen mit psychischen Erkrankungen oder in anderen belastenden Lebenssituationen, allerdings ist hierbei nicht entscheidbar, worauf diese Einschätzung beruht. Schwierig gestaltet sich hier vor allem die Unterscheidung zwischen Personen, die ihre Erwartungen realistischerweise gesenkt haben, solchen die resigniert haben und solchen, die aktiv versuchen, ihre Lebensbedingungen zu verändern, ohne ihre Erwartungen zu senken (Angermeyer & Kilian, 2006; Evans & Huxley, 2005).

4.3.8 „Traits“: Persönlichkeit, Selbstkonzept und Bewertungsstil

Wie schon in Kapitel 4.3.3 erwähnt, hängen stabile Persönlichkeitsmerkmale und habituelle kognitive Muster eng mit verschiedenen anderen Elementen des Modells zusammen (Cummins & Nistico, 2002, Cummins et al., 2002; Diener et al., 1999). So erachten Cummins und Ko-Autoren die *Persönlichkeitsfaktoren* Extraversion und Neurotizismus als zentral bei der Aufrechterhaltung der Wohlbefindenshomöostase, da der Einfluss von aversiven Umweltbedingungen je nach Ausprägung dieser Merkmale in unterschiedlichem Mass modifiziert wird. Auch genetisch bedingte *Temperamentsunterschiede* beeinflussen das subjektive Wohlbefinden, allerdings bestehen bezüglich des Anteils erklärter Varianz grosse Unterschiede in den Schätzungen (vgl. Diener et al., 1999). Analog zum Konzept der Wohlbefindenshomöostase setzen Headey und Wearing (1989) in ihrer „dynamic equilibrium theory“ Anpassungsprozesse und stabile Persönlichkeitsmerkmale miteinander in Verbindung, indem sie postulieren, dass jede Person über einen individuellen „Richtwert“ des Wohlbefindens verfügt, der dazu führt, dass sich dieses trotz kurzfristiger Veränderungen aufgrund äusserer Ereignisse immer wieder auf dieser Ebene einpendelt. Dieser Einfluss von Persönlichkeitsmerkmalen führte dazu, dass auch Wohlbefinden oder Glück als „trait“ konzeptualisiert wurden (vgl. Diener et al., 1999). Dagegen wurde jedoch plausibel argumentiert, dass Schicksalsschläge und Widrigkeiten sehr wohl zu Änderungen des Wohlbefindens führen.

However, stable personality traits can influence SWB, and thus, SWB has both trait-like and state-like properties. The current working model of researchers in the field is that personality predisposes people to certain affective reactions but that current events also influence one's current levels of SWB (Diener et al., 1999; S. 280).

Neben Persönlichkeitsfaktoren beeinflussen Eigenschaften („traits“) wie Optimismus, Selbstkonzept und Selbstwert, Kontrollüberzeugungen sowie persönliche Bewertungsstile oder Antworttendenzen die unmittelbaren Reaktionen auf Ereignisse sowie die globale Bewertung des Wohlbefindens (vgl. 3.4; Cummins & Nistico, 2002; Cummins et al., 2002; Diener et al., 1999; Priebe et al., 1998). Besonders interessant ist auch die Rolle, die „positive Illusionen“ bzw. ein positiver kognitiver Bias auf das Wohlbefinden und dessen Aufrechterhaltung haben (Cummins & Nistico, 2002; Taylor & Brown, 1988). So scheinen viele psychisch gesunde Menschen eine unrealistisch positive Selbstwahrnehmung

und eine übertrieben positive Sicht der Zukunft zu haben und ihre Kontroll- und Einflussmöglichkeiten zu überschätzen (Taylor & Brown, 1988). Dieser Bias scheint nicht nur das Wohlbefinden zu fördern, sondern trägt auch dazu bei, sich produktiven und in sozialen Aktivitäten zu betätigen (ebd.). Darüber hinaus fördern „positive Illusionen“ die adäquate Anpassung an belastende Lebensumstände (Taylor & Armor, 1996). Hier bietet sich auch eine Erklärung für den Einfluss von depressiven Symptomen, Kontrollüberzeugungen und Selbstwert auf das Wohlbefinden von Menschen mit psychischen Erkrankungen (vgl. 3.4, 3.5.1): nicht nur verunmöglichen die depressiven Symptome die hier beschriebenen positiven Illusionen, sondern es gelingt durch die Erfahrung der Erkrankungen und allfälliger Klinikeinweisungen den Betroffenen auch nicht mehr, die Kontrollüberzeugungen aufrecht zu erhalten (vgl. Baer et al., 2003).

4.3.9 Wechselwirkungen zwischen Modellkomponenten

Im Modell von Kim-Prieto et al. (2005) wird für die Beziehungen zwischen den einzelnen Komponenten und Faktoren keine Wirkungsrichtung spezifiziert (vgl. Grafik 2). Die Pfeile zwischen den einzelnen Stadien und dem subjektiven Wohlbefinden stellen keine Wirkungsrichtung dar, sondern zeigen an, dass es sich um zeitlich aufeinanderfolgende Komponenten handelt. Wie die Autorinnen und der Autor betonen, führt nur eine integrierende Betrachtungsweise aller Komponenten zu einem vertieften Verständnis des subjektiven Wohlbefindens. Die Erhebung und Messung von Wohlbefinden sollte sich zudem klar auf eines der Stadien beziehen, da sonst die Interpretierbarkeit der Daten erheblich erschwert ist (ebd.).

Die sequentielle Abfolge der Komponenten des Wohlbefindens in Grafik 2 ist natürlich als Vereinfachung anzusehen, da Menschen in ihrem Alltag permanent Ereignissen ausgesetzt sind, die zu emotionalen Reaktionen und Bewertungen führen. Diese wiederum beeinflussen künftige Ereignisse und Situationen.

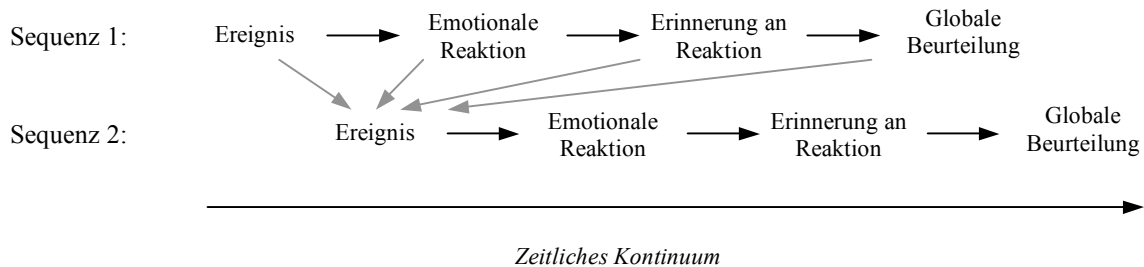
Our daily experiences are constantly shaped and modified by experiences from our past. This is especially true in the field of emotion and SWB, because valenced evaluations of life can influence patterns of choice and behavior, reactivity, and evocation (Kim-Prieto et al., 2005; S. 285).

In Grafik 3 sind *Beispiele* dafür aufgeführt, wie die einzelnen Komponenten des Wohlbefindens zukünftige Komponenten und Ereignisse beeinflussen können. So beeinflussen alle Komponenten über das Verhalten künftige Situationen, Ereignisse und Umstände (Beispiel 1; vgl. Zitat oben), oder momentane emotionale Zustände und Stimmungen beeinflussen die gleichzeitige Situationen und Wohlbefindenskomponenten (Beispiel 2; vgl. auch 4.3.6.1). Denkbar sind auch weitere Wechselwirkungen, solche werden von Kim-Prieto et al. (2005) jedoch nicht spezifiziert.

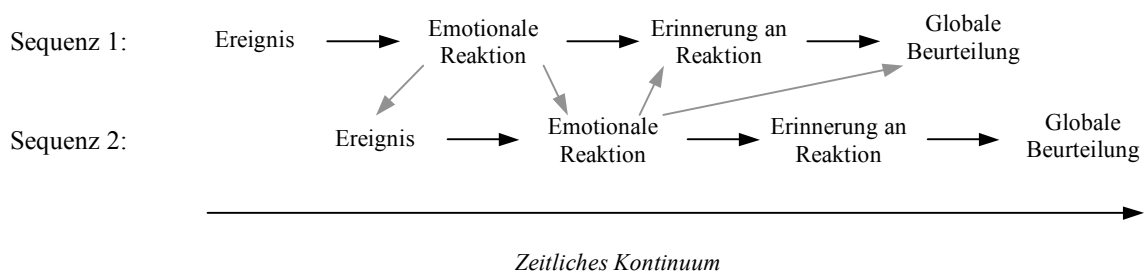
Persönlichkeitsfaktoren beeinflussen nicht nur alle im Modell aufgeführten Komponenten (ebd.), sondern, wie weiter oben beschrieben, auch die Anpassungsfähigkeit an sich ändernde Umstände (Cummins et al., 2002). Die von Diener et al. (1999) gesichteten Studien zeigen zudem, dass Persönlich-

keitsmerkmale auch in beträchtlichem Ausmass die Lebensumstände und Ereignisse gestalten, indem sie die Wahrscheinlichkeit eines bestimmten Verhaltens und bestimmter Situationen erhöhen.

Beispiel 1



Beispiel 2



Grafik 3: Beispiele für die wechselseitige Beeinflussung verschiedener Stadien des Wohlbefindens (Kim-Prieto et al., 2005)

4.3.10 Kritische Beurteilung des konzeptuellen Modells

Kim-Prieto et al. (2005) integrieren in ihrem Modell zum subjektiven Wohlbefinden verschiedene Ansätze des Forschungsfeldes. Durch die Ergänzungen und Präzisierungen des Modells mittels weiterer Forschungsergebnisse²⁰ ergibt sich ein Überblick über die relevanten theoretischen Konzepte und die wichtigsten empirischen Befunde. Allerdings ist das Modell *äusserst komplex* und hinter den einzelnen Komponenten stehen ganze Wissens- und Forschungsgebiete der Humanwissenschaften. Aufgrund dieser Komplexität sowie der Tatsache, dass das Modell sowohl bestehende theoretische Ansätze wie auch empirisch ermittelte Befunde einbezieht, kann auch nicht von einer Theorie im engeren Sinn gesprochen werden. Da die Wirkungsrichtungen nicht definiert sind bzw. die meisten Beziehungen zwischen Komponenten und Faktoren wechselseitig sind, ist es schwierig, überprüfbare Hypothesen abzuleiten. Trotzdem bieten sich verschiedene Anhaltspunkte für die weiterführende Interpretation der Befunde zur subjektiven Lebensqualität von Menschen mit psychischen Erkrankungen (vgl. Kap. 3.9). So lassen sich der fehlende Zusammenhang zwischen objektiven Lebensumständen und soziodemografischer Variablen mit subjektiver Lebensqualität sowie die nur marginalen Veränderungen über die Zeit durch die beschriebenen Anpassungsprozesse und den Einfluss von interindividuell variierenden Persönlichkeitsvariablen und kognitiver Muster erklären. Der Einfluss einer Erwerbstätigkeit kann im Zusammenhang mit sozialen Vergleichen und sozialen Normen sowie einem verbesserten

²⁰ Es besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit der berücksichtigten Literatur.

Selbstwertgefühl aufgrund des Kompetenzerlebens verstanden werden. Bei wahrgenommener sozialer Unterstützung und wahrgenommener Stigmatisierung handelt es sich um Beurteilung der sozialen und gesellschaftlichen Umwelt, die zudem mit dem Selbstwert verknüpft sind. Negative Lebensereignisse hängen empirisch eng mit Faktoren wie depressiven Symptomen und Selbstwirksamkeit zusammen, die im Modell ebenfalls als Einflussfaktoren auf die Komponenten des subjektiven Wohlbefindens aufgeführt sind. Ebenso wird im Modell der Einfluss der momentanen Stimmung spezifiziert, was das Phänomen der „affective fallacy“ erklärt. Schliesslich entsprechen die Befunde aus der qualitativen Forschung dem konzeptualisierten Einfluss von individuell ausgestalteten Wünschen, Bedürfnissen und Erwartungen. Aufgrund dieser Überlegungen halte ich das Modell für geeignet, um die Befunde der vorliegenden Arbeit einzuordnen und zu interpretieren. Wie schon erwähnt, gehe ich davon aus, dass es sich bei subjektiver Lebensqualität und subjektivem Wohlbefinden um identische Konstrukte handelt, und dass sich Menschen mit psychischen Erkrankungen bezüglich der im Modell beschriebenen Prozesse nicht grundsätzlich von gesunden oder „normalen“ Menschen unterscheiden (vgl. Baer et al., 2003; Lehman, 1983a, b).

4.4 Definition: Lebensqualität als Ergebnis dynamischer Anpassungsprozesse

Aufgrund der Überlegungen zum diesem Modell soll für die vorliegende Arbeit die unten aufgeführte Definition von Lebensqualität gelten. Diese setzt sich im Wortlaut zusammen aus der Definition von Angermeyer und Kilian (2006)²¹, in der vor allem Anpassungsprozesse hervorgehoben werden, und der Definition der WHO (WHOQOL-Group, 1994), welche die verschiedenen Aspekte betont, die mit subjektiver Lebensqualität verbunden sind²². Letztere Definition beziehe ich vor allem auch deshalb mit ein, weil sie dem in der vorliegenden Studie verwendeten Instrument zur Erhebung der Lebensqualität zugrunde liegt und den Schwerpunkt auf die Beurteilung der Lebenssituation, d.h. auf die kognitiv-bewertende Komponente, legt.

Lebensqualität als subjektive Beurteilung der eigenen Lebenssituation ist das Ergebnis eines fortwährenden Anpassungsprozesses, in dem das Individuum das, was es anstrebt, die eigenen Wünsche und Ziele, mit den Umweltbedingungen und den eigenen Fähigkeiten, den sozialen und kulturellen Ansprüchen, die aus diesen Wünschen entstehen, zu genügen, in Einklang bringen muss. Es ist ein breites Konzept, das in komplexer Weise körperliche Gesundheit, den seelischen Zustand, den Grad der Unabhängigkeit, die sozialen

²¹ „QoL [quality of life, Lebensqualität] ist das Ergebnis eines fortwährenden Anpassungsprozesses, in dem das Individuum das, was es anstrebt, die eigenen Wünsche und Ziele, mit den Umweltbedingungen und den eigenen Fähigkeiten, den sozialen Ansprüchen, die aus diesen Wünschen entstehen, zu genügen, in Einklang bringen muss“ (Angermeyer & Kilian, 2006; S. 23, Übers. d. Verf.). Die Bedeutung von Bestrebungen („aspirations“) wurde übrigens schon von Lewin, Dembo, Festinger und Sears (1944) erkannt.

²² „Lebensqualität ist die subjektive Beurteilung der eigenen Lebenssituation im kulturellen Kontext vor dem Hintergrund der vorherrschenden Wertesysteme sowie im Zusammenhang mit den Zielen, Erwartungen und Normvorstellungen eines Individuums. Es ist ein breites Konzept, das in komplexer Weise körperliche Gesundheit, den seelischen Zustand, den Grad der Unabhängigkeit, die sozialen Beziehungen, persönliche Überzeugungen und deren Bezug zu den wichtigsten Aspekten der Umwelt beinhaltet“ (WHOQOL-Group, 1994; S. 43; Übers. d. Verf.).

Beziehungen, persönliche Überzeugungen und deren Bezug zu den wichtigsten Aspekten der Umwelt beinhaltet.

4.5 Fazit aus empirischen Befunden und konzeptuellem Modell zur Lebensqualität von Menschen mit psychischen Erkrankungen

4.5.1 Inhaltliche Aspekte

Die Deinstitutionalisierung und ihre – für die Betroffenen nicht in jedem Fall günstigen – Folgen sowie verschiedene weitere Entwicklungen in Sozialindikatorenforschung, Psychiatrie und Medizin führten in Forschung und Praxis zu einer zunehmenden Beachtung der subjektiven Sicht und Lebensweise von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Trotz der Hinwendung der Psychiatrie zu biologisch orientierten Erklärungsmodellen in den 90er Jahren hat dieser Ansatz nach wie vor eine grosse Relevanz, und Themen wie Lebensqualität, Stigmatisierung und subjektive Belastung sind heute nicht mehr aus der modernen Psychiatrie wegzudenken (Rössler, 2001).

Die Verwendung des Konstruktes subjektive Lebensqualität wird aber auch kritisiert, da es einerseits als „Platzhalter“ für die subjektive Perspektive verwendet werde, ohne dass die konzeptuellen Unklarheiten und empirischen Mängel genügend berücksichtigt würden (Franz, 2006b; Kilian & Pukrop, 2006), und andererseits eine „zunehmende Trivialität“ der publizierten Ergebnisse erkennbar sei (Rössler, 2001; S. 54). Tatsächlich hat, wie Franz (2006b) feststellt, der wissenschaftliche Diskurs seit einigen Jahren abgenommen und neue, vermeintlich spezifischere oder noch „ganzheitlichere“ Konstrukte wie Behandlungsbedürfnisse („unmet needs“) oder Recovery spielen eine zunehmend wichtige Rolle in der Versorgungsforschung. Gerade die Befunde zu Recovery zeigen deutlich, wie bedeutsam die subjektive Einschätzung der Lebenssituation, die wahrgenommenen Beeinträchtigungen durch die Erkrankung und die Vorstellungen über die eigenen Entwicklungsmöglichkeiten für den Umgang und die Bewältigung der Erkrankung sind. Hier vernachlässigt die quantitative, nomothetisch ausgerichtete Forschung zur subjektiven Lebensqualität von Menschen mit psychischen Erkrankungen, die bisher mehrheitlich das Forschungsfeld bestimmte, die grossen individuellen Unterschiede in der subjektiven Bedeutung einzelner Lebensbereiche.

4.5.2 Konzeptuelle Aspekte

Wie die eingangs gesichtete Forschungsliteratur zeigt, besteht zur subjektiven Lebensqualität von Menschen mit psychischen Erkrankungen eine Vielzahl empirischer Untersuchungen, in denen das Konstrukt mehrheitlich entweder als Kriterium zur Evaluation von Behandlungs- und Versorgungsansätzen verwendet oder die verschiedensten Prädiktoren und Einflussvariablen untersucht werden (vgl. Kap. 3). Somit bestünde im Prinzip eine breite Wissensbasis, die viel zum Verständnis des Erlebens und der für das Wohlbefinden wichtigen Lebensbereiche beitragen könnte. Bei näherem Hinsehen zeigen sich jedoch einige problematische Gesichtspunkte. Neben methodischen Problemen, auf die ich im folgenden Abschnitt (4.5.3) eingehe, und einer durch die grosse Anzahl an Studien bedingte Un-

übersichtlichkeit bleibt konzeptuell unklar, ob es sich bei „Prädiktoren“ wie dem Selbstwert oder der Stimmung nicht um Bestandteile oder Dimensionen der subjektiven Lebensqualität handelt.

Ein Blick auf die psychologische Wohlbefindensforschung offenbart, dass hier subjektive Lebensqualität unter dem Begriff „subjektives Wohlbefinden“ konzeptualisiert und erforscht wird, wobei auch einigermaßen elaborierte konzeptuelle Modelle als Erklärungs- und Interpretationshilfe verfügbar sind. Diese haben jedoch nur am Rande Eingang in die sozialpsychiatrische Forschung gefunden und werden allenfalls im Zusammenhang mit der kritischen Betrachtung des Forschungsfeldes erwähnt (vgl. Kilian & Pukrop, 2006).

4.5.3 Methodische Aspekte

Obwohl sich auch innerhalb der sozialpsychiatrischen und medizinischen Literatur brauchbare Definitionen von subjektiver Lebensqualität finden lassen, bleibt in den meisten Untersuchungen unklar, wie das Konstrukt definiert ist bzw. wie es anhand einer allfälligen Definition operationalisiert wurde. Der Vergleich der zahlreichen Studien wird durch die Heterogenität bezüglich Forschungsinstrumenten, Stichproben und Untersuchungsdesigns zudem erheblich erschwert. Zwar werden viele unterschiedliche Einflussfaktoren untersucht (vgl. 4.5.2), allerdings berücksichtigen die wenigsten Studien mehrere dieser Faktoren gleichzeitig. Vielmehr, so bemerken Holloway und Carson (2002), reflektieren die Studien „particular areas of interest“ der jeweiligen Autoren (S. 181). Eine Reihe von Längsschnittstudien erlaubt Rückschlüsse über Veränderung, kausale Zusammenhänge oder den spezifischen Einfluss einzelner Prädiktoren, in den wenigsten dieser Studien werden jedoch modernere Verfahren zur Analyse von unbalancierten Datensätzen wie Pfadanalysen oder Mehrebenenanalysen angewendet. Auf individuelle Unterschiede oder die individuelle Bedeutung von verschiedenen Lebensbereichen, die mittels qualitativen Methoden adäquat erhoben werden können, wird häufig nicht eingegangen. Solche Untersuchungen wurden nur in geringer Zahl und ausschliesslich in anderen Fachgebieten wie der Recovery- oder Stigmaforschung durchgeführt²³.

²³ Die Studie von Baer et al. (2003) beruhte gemäss eigenen Angaben auf „offenen“ Interviews. Die Studie orientiert sich zwar an der Lebensqualitätsforschung, allerdings bleibt unklar, inwieweit deren Fragestellungen Eingang gefunden haben in die Gesprächsführung während des Interviews bzw. die Formulierung der Fragen.

5 Ziele der Untersuchung und Fragestellung

5.1 Ziele der Untersuchung

Die Zielsetzungen der der vorliegenden Arbeit zugrunde liegenden Studie leiten sich aus den in Kapitel 4.5 zusammengefassten Überlegungen ab. In der Untersuchung soll anhand von Daten aus einer Längsschnittstudie aufgezeigt werden, wie sich die subjektive Lebensqualität einer Gruppe von Menschen mit stationär behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen in den Jahren nach einem stationären Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik *verändert* und durch welche *soziodemografischen, sozialen, psychosozialen und klinischen Einflussfaktoren sie beeinflusst* wird. Methodisch liegt der Analyse eine datengeleitete Suchstrategie zugrunde, da es aufgrund fehlender, spezifisch auf die subjektive Lebensqualität von Menschen mit psychischen Erkrankungen ausgerichteter theoretischer Konzepte sowie inkonsistenter Befunde zu den meisten der Einflussfaktoren (vgl. 5.2) kaum möglich ist, theoretisch abgeleitete oder empirisch überprüfbare Hypothesen zu formulieren.

Zusätzlich wird mittels qualitativer Leitfadeninterviews angestrebt, die *subjektive Bedeutung verschiedener Lebensbereiche und Aspekte der Erkrankung* für die subjektive Lebensqualität bzw. das Wohlbefinden im Alltag sowie allfällige Veränderungen und Veränderungswünsche zu erheben. Die quantitativen und qualitativen Ergebnisse werden in Bezug darauf diskutiert und integriert, inwieweit sie sich bestätigen, widersprechen oder ergänzen (vgl. 6.1). Mittels des vorgestellten Modells aus Kapitel 4 versuche ich, die Befunde einzuordnen und Schlussfolgerungen bezüglich der in den Abschnitten 4.5.1 bis 4.5.3 formulierten inhaltlichen, empirischen, konzeptuellen und methodischen Unklarheiten zu ziehen. Hier spielt insbesondere die Frage eine Rolle, ob die subjektive Lebensqualität, die in den meisten Studien als Einschätzung oder Bewertung der Zufriedenheit mit verschiedenen, vorgegebenen Lebensbereichen erhoben wird, tatsächlich subjektiv relevante Aspekte und Bereiche des Wohlbefindens wiedergibt. Erkenntnisse, die sich aufgrund des methodischen Vorgehens – der Kombination eines qualitativen und eines quantitativen Zugangs, Mehrebenenanalyse – ergeben, werden im Hinblick auf die häufige Verwendung des Konstrukts als Evaluationskriterium diskutiert.

5.2 Fragestellungen und Hypothesen

Im Folgenden werden die aus den Zielen der Studie abgeleiteten *Fragestellungen* spezifiziert. Bei den Hypothesen handelt es sich um *Annahmen inhaltlicher Art* und nicht um überprüfbare statistische Nullhypothesen. Dies deshalb, weil es aufgrund der Inkonsistenz der empirischen Befunde und theoretischer Ansätze kaum Anhaltspunkte dafür gibt, bestimmte Hypothesen a priori zu postulieren und zu testen (vgl. 6.2.4.4, Modellbildung).

5.2.1 Veränderung und Einflussfaktoren von subjektiver Lebensqualität

Fragestellung 1: *Wie verändert sich die subjektive Lebensqualität in den Jahren nach einem Klinikaufenthalt?*

Annahmen: Aufgrund der Befunde zu Anpassungsprozessen (vgl. 4.3.3) kann angenommen werden, dass in der Zeit nach dem Klinikaufenthalt, der als einschneidendes Lebensereignis gewertet werden

kann, eine Verbesserung bzw. ein Anstieg der Lebensqualität zu beobachten ist. Ebenso ist es möglich, dass Personen, die schon zum wiederholten Mal in einer psychiatrischen Klinik sind bzw. schon längere Zeit von einer psychischen Erkrankung betroffen sind, gegenüber erstmals oder erst kürzlich Erkrankten eine höhere Lebensqualität aufweisen.

Fragestellung 2: *Welche Einflussgrößen von subjektiver Lebensqualität gibt es?*

Es wird der spezifische Einfluss von Variablen aus vier Bereichen getestet: soziodemografische, soziale, psychosoziale und klinische Variablen.

Annahmen: Mögliche Anpassungsprozesse könnten sich darin zeigen, dass die klinischen Merkmale wie Erkrankungsdauer oder die Anzahl bisheriger Hospitalisierungen die subjektive Lebensqualität beeinflussen (vgl. Fragestellung 1). Aufgrund der empirischen Befunde gehe ich zudem davon aus, dass soziodemografische Merkmale nur eine untergeordnete Rolle spielen, während depressive Symptome, psychosoziale Belastungen und die soziale Unterstützung die subjektive Lebensqualität stärker beeinflussen.

5.2.2 Individuelle Bedeutung von Lebensbereichen für die Lebensqualität

Während die Beantwortung der Fragen aus 5.2.1 zur Klärung des Konzeptes beitragen und sich deren Interpretation auf bisherige Befunde und das in Kapitel 4 vorgestellte konzeptuelle Modelle beziehen soll, erlaubt das quantitative Paradigma ausschliesslich Aussagen über Gruppen von Personen. Auch wenn diese anhand bestimmter Merkmale (z.B. Geschlecht, Diagnose) differenziert und verglichen werden können und somit Schlussfolgerungen über Ausmass und Veränderung der subjektiven Lebensqualität in Abhängigkeit von diesen Merkmalen ermöglicht werden, bleibt offen, welche Bedeutung das Konstrukt bzw. die untersuchten Einflussfaktoren auf der individuellen Ebene haben.

In qualitativen Interviews soll deshalb darauf eingegangen werden, *was subjektive Lebensqualität für die betroffenen Personen im Alltag bedeutet*, wobei folgende Fragen im Vordergrund stehen (**Fragestellungen 3a bis 3e**):

- a) *Welche Lebensbereiche benennen betroffene Personen als wichtig für ihr Wohlbefinden? Weshalb und in welcher Weise sind diese Bereiche wichtig?*
- b) *Mit welchen Bereichen ihres Lebens sind die Befragten zufrieden, mit welchen nicht?*
- c) *Was sollte sich ihrer Meinung nach an ihrer Lebenssituation verändern? Wie könnte es sich verändern?*
- d) *Hat sich die subjektive Lebensqualität der Betroffenen über die letzten Jahre verändert? Wie und weshalb?*
- e) *Inwieweit nehmen die Betroffenen ihre Erkrankung und allfällige Folgen als beeinträchtigend für ihre Lebensqualität, ihr Wohlbefinden wahr?*

Die qualitativen Interviews sollen im Sinne der Methodentriangulation (vgl. 6.1) der Ergänzung, Vertiefung und kritischen Reflexion der quantitativ erhobenen Daten dienen.

6 Methodik

6.1 Methodentriangulation

Der Begriff der Triangulation bezeichnet übertragen in der Sozialforschung die Betrachtung eines Forschungsgegenstandes aus unterschiedlichen Perspektiven (Flick, 2004). Unter dem Begriff der Methodentriangulation wird die *Kombination verschiedener methodischer Zugänge* verstanden, wobei es sich dabei nicht um eine naiv-pragmatische Methodenkombination handeln sollte, sondern um eine methodenkritische Auswahl jener Zugänge, die dem Forschungsgegenstand am besten entsprechen (Denzin, 1970; Flick, 2004).

Aufgrund der in Kapitel 4.5 beschriebenen inhaltlichen, empirischen, konzeptuellen und methodischen Fragen entschied ich mich *während* der Arbeit an der vorliegenden Untersuchung für eine Methodentriangulation, d.h. dazu, die quantitativen Daten aus der umfangreichen Längsschnittstudie durch qualitative Interviews mit Betroffenen zu ergänzen. Von den Grundsätzen qualitativer Sozialforschung, die teilweise auch als Unterscheidungskriterien zum quantitativen Forschungsverständnis angeführt werden (Lamnek, 2005a; Mayring, 2002), erscheinen mir im Zusammenhang mit der Fragestellung vorliegender Arbeit insbesondere folgende Punkte relevant:

- *Subjektbezogenheit, Einzelfallbezogenheit* (ebd.): In quantitativen Studien (vgl. Kap. 3) werden die Betroffenen hauptsächlich anhand diagnostischer und soziodemografischer Merkmale gruppiert und bezüglich ihrer subjektiven Lebensqualität verglichen. Qualitative Studien (vgl. 3.8.2) legen aber nahe, dass andere Kriterien für das Wohlbefinden der einzelnen Person mindestens ebenso wichtig sind, und dass bezüglich der subjektiv wichtigen Lebensbereiche beträchtliche interindividuelle Unterschiede bestehen. Die qualitativen Interviews bieten hier einen geeigneten Zugang zu den „subjektiven Relevanzsystemen der Betroffenen“ (Lamnek, 2005a; S. 249).
- *Offenheit* (ebd.): Obwohl auch in der quantitativen Analyse mit einer iterativen und datengeleiteten Suchstrategie ein offenes und nicht im engeren Sinne hypothesenprüfendes Vorgehen gewählt wird, handelt es sich bei den verwendeten Instrumenten zur Erfassung der als relevant erachteten Einflussgrößen um vollständig strukturierte Fragebögen (vgl. 6.2.3). Ebenso liegen dem Instrument zur Erfassung der Lebensqualität (vgl. 6.2.3.1) Annahmen über den Stellenwert einzelner Lebensbereiche zugrunde. Im qualitativen Teil soll jedoch eine prinzipielle Offenheit angestrebt werden, die sich sowohl in der Formulierung der Fragestellungen (vgl. 5.2.2), in der Leitfaden-Konstruktion wie auch in der Durchführung und Auswertung des Interviews zeigen soll.
- *Ganzheit* (ebd.): Die in der quantitativen Forschung – auch in der vorliegenden Arbeit – wie auch in theoretischen Modellen (vgl. Kap. 4) vorgenommene analytische Unterscheidung verschiedener psychischer Prozesse wie z.B. Fühlen, Denken, Handeln und die Trennung verschiedener Funktions- und Lebensbereichen wie Freizeit, Familie, Beruf ist als künstlich anzusehen und spielt für die Betroffenen selber häufig nur eine untergeordnete Rolle (vgl. Baer

et al., 2003). Der qualitative Zugang erlaubt es, diese Trennungen aufzuheben und anhand der Aussagen der Betroffenen in einer ganzheitlichen Betrachtung zu interpretieren.

Die hier realisierte Kombination von qualitativem und quantitativem Zugang entspricht nicht vollumfänglich den Grundsätzen des „Mixed-Methodology“-Ansatzes (Flick, 2004; Tashakkori & Teddlie, 2003), insbesondere weil die qualitative Erhebung erst *nachträglich* im Rahmen der genannten inhaltlichen und methodischen Überlegungen durchgeführt wurde und somit dem Anspruch, in allen Phasen des Forschungsprozesses wie Fragestellung, Datenerhebung, Auswertung und Interpretation ineinander überführbare methodische Zugänge zu wählen, nicht genügt werden kann. Trotz eines – auch aus zeitlichen und organisatorischen Gründen – weniger umfangreichen Anteils des qualitativen Untersuchungsteils soll dieser aber nicht einfach der Illustration, Plausibilisierung oder Absicherung (Lamnek, 2005a) der quantitativen Analyse dienen. Aufgrund der genannten Punkte ist das Ziel des qualitativen Zugangs, die quantitativen Ergebnisse im Sinne von Kelle und Erzberger (2000) *zu vertiefen, zu erweitern und zu ergänzen* und insbesondere Hinweise auf individuelle Unterschiede in der subjektiven Bedeutung von Lebensbereichen für die Lebensqualität herauszuarbeiten. Hierbei sind grundsätzlich auch divergierende Ergebnisse möglich, wie die Befunde der Recovery-Forschung (vgl. 3.8.2) zeigen.

6.2 Quantitative Erhebung

6.2.1 Hintergrund und Studienablauf: SIPSY-Studie

Die Daten für die quantitative Analyse stammen aus der vom Schweizerischen Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung (SNF) finanzierten Studie *SIPSY „Soziale Integration und Lebensqualität psychisch kranker Menschen“*²⁴. Das Ziel dieser Längsschnittstudie war eine umfassende Erhebung der beruflichen und sozialen Lebensumstände, der subjektiven Lebensqualität und des Erkrankungsverlaufs von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Nach einer Pilotphase in den Jahren 1998 und 1999 führte das SIPSY-Team die Erstbefragung zwischen Januar 2000 und März 2001 in den Kliniken Hard (Embrach, ZH) und PUK (Psychiatrische Universitätsklinik Zürich) durch. Beide Kliniken decken gemischte Versorgungsgebiete ab (Land, Agglomeration, Stadt). Für die Studie wurden Patientinnen und Patienten in stationärer Behandlung im Alter zwischen 20 und 50 Jahren und mit einer Eintrittsdiagnose aus dem Bereich der schizophrenen (F2) oder der affektiven Störungen (F3) (ICD-10; WHO, 1993) gesucht. Die diagnostischen Einschlusskriterien beziehen sich auf zwei Gruppen von schweren psychischen Erkrankungen, die häufig psychiatrische Hospitalisierungen erfordern und bei denen der Alltag und die (normativen) Lebensbezüge beeinträchtigt sind²⁵.

²⁴ Kreditnummern 32-57211.99 und 32-067971.02, Hauptgesuchsteller Prof. Dr. med. et dipl. psych. W. Rössler, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich.

²⁵ Die American Psychiatric Association definiert schwere psychische Erkrankungen („severe mental illnesses“) als Störungen mit psychotischen Anteilen, die in ihrem Verlauf häufig eine psychiatrische Hospitalisierung und/oder eine überdauernde Einnahme von Psychopharmaka erfordern, sowie das Funktionieren im Alltag – zumindest vorübergehend – beeinträchtigen (APA, 2002).

Für die erste Befragung wurden von den eintretenden Personen der Kliniken PUK und Hard diejenigen ausgewählt, die den Einschlusskriterien der Studie entsprachen. Sobald das Einverständnis des behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin vorlag, wurden die Patientinnen und Patienten um ihre Teilnahme angefragt. Bei Teilnahmebereitschaft wurden sie über Studienziele und -inhalt sowie den Ablauf der Befragung informiert und unterzeichneten anschliessend eine schriftliche Einverständniserklärung (vgl. Anhang II). Die Erstbefragung fand während des stationären Aufenthalts auf dem Klinikgelände statt und wurde von fortgeschrittenen Studierenden der Psychologie/Psychopathologie durchgeführt, die in regelmässigen Sitzungen supervidiert wurden. Am Ende der Befragung wurden die Teilnehmenden angefragt, ob sie bereit wären, in einem Jahr an einer weiteren Befragung teilzunehmen.

Jene Personen, die sich hierzu bereit erklärten, wurden ein Jahr später zu einer zweiten Befragung eingeladen. Diese wurde zwischen Februar 2000 und September 2002²⁶ durchgeführt. Dasselbe Vorgehen wurde für die Drittbefragung angewandt, die zwischen April 2003 und September 2004 stattfand. Zum Abschluss der dritten Befragung wurden die Teilnehmenden zu einem Apéritif im Infocafé der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich eingeladen, an dem erste Studienergebnisse vorgestellt wurden und den Teilnehmenden für ihr Engagement gedankt wurde. Im Sommer 2005, nach der Dateneingabe und -kontrolle und ersten Analysen, wurde ihnen zusätzlich ein Dossier mit den wichtigsten Ergebnissen zu Arbeitsituation, Lebensqualität und sozialer Unterstützung versandt.

6.2.2 Zusammensetzung der Stichprobe der quantitativen Analyse

Insgesamt konnte mit rund einem Viertel der Personen, die in der Pilot- und Haupterhebungsphase der Erstbefragung – zwischen Oktober 1998 und Dezember 2001 – in die Kliniken PUK (Zürich) und Hard (Embrach, Zürcher Unterland) eintraten und den Einschlusskriterien entsprachen, eine standardisierte Befragung (vgl. 6.2.3) durchgeführt werden²⁷. Hauptgründe dafür, dass Interviews nicht zustande kamen, waren der Austritt kurze Zeit nach dem Eintritt (60%) oder fehlendes Interesse an der Teilnahme (30%). Für die restlichen 10% wurde keine Begründung angegeben.

Da der Fragebogen nach der Pilotphase nicht wesentlich verändert wurde, integrierte ich die Daten von 69 Personen aus dieser Phase in den Datensatz. Insgesamt wurden 305 Personen befragt. Da die Patientinnen und Patienten aufgrund der Diagnose bei *Eintritt* für ein Interview angefragt wurden, am Ende der Studie aber die Hauptdiagnose bei *Austritt* als das validere Einschlusskriterium angesehen wurde (vgl. 6.2.3.5), entfernte ich nachträglich die Daten von 16 Personen mit einer anderen Austrittsdiagnose als F2 und F3 aus dem Datensatz. Dies resultierte in einer Ausgangs-Stichprobe von n=289. Von diesen Personen äusserten bereits bei der Erstbefragung 34 keine Bereitschaft für eine weitere Befragung (30% der Ausfälle, vgl. Tab. 1), somit wurden für die zweite Befragung 255 Personen kon-

²⁶ Die zeitlichen Überschneidungen zwischen Erst- und Zweitbefragung erklären sich durch den fortlaufenden Eintritt der Teilnehmenden in die Studie (konsekutive Stichprobe).

²⁷ Hierbei wie auch bei den Angaben zu den Gründen für nicht zustande gekommene Befragungen handelt es sich um Schätzungen, da Eintritte und Rücklauf nur bis am 31.12.2000 systematisch erfasst und dokumentiert wurden (Rüesch & Meyer, 2001). Es wird davon ausgegangen, dass sich die Verhältnisse für den nicht erfassten Rest der Befragungsperiode nicht grundlegend änderten.

taktiert. 176 Personen nahmen an dieser teil, wobei elf davon mittels einer kürzeren telefonischen Version befragt wurden (vgl. 6.2.3). Von den 79 Ausfällen (Rücklaufquote: 69%) waren drei verstorben (2,7%), vier befanden sich in einer psychiatrischen Klinik (3,5%). In 28 Fällen (24,8%) konnte kein Kontakt mit der Person hergestellt werden, weil keine gültige Adresse mehr in Erfahrung zu bringen war, die Person im Ausland weilte oder nicht antwortete. Fast ebenso häufig verweigerten die kontaktierten Personen eine weitere Teilnahme an der Studie (n=26, 23%) und in 16 Fällen (15,9%) fehlt eine Begründung.

Tab. 1: Gründe für Ausfall

t1: n=289	Gründe für Ausfall	Ausfall t1/t2 n=113	Ausfall t2/t3 n=101†
	kein Interesse	30,1%	-
	verstorben	2,7%	2,0%
	Klinik/akut erkrankt	3,5%	7,9%
	kein Kontakt möglich	24,8%	44,6%
	Teilnahme abgelehnt	23,0%	36,6%
	keine Begründung	15,9%	8,9%
		t2: n=176	t3: n= 129

† angefragt n=230

Aufgrund der relativ hohen Ausfallquote zwischen Erst- und Zweitbefragung wurden für die dritte Befragung auch diejenigen Personen noch einmal angefragt, die an der Zweitbefragung nicht teilgenommen hatten, insgesamt 230 Personen. 129 Personen nahmen an der Drittbefragung teil, davon 18 per Telefon (Rücklaufquote: 56%). 21 Personen, die bei der Drittbefragung interviewt worden waren, hatten bei der Zweitbefragung nicht teilgenommen. Aufgrund der relativ langen Zeitspanne, die seit der Erstbefragung verstrichen war, war es in vielen Fällen nicht mehr möglich, eine gültige Wohnadresse der betreffenden Personen herauszufinden, zu 45 Personen (44,6%) konnte kein Kontakt mehr hergestellt werden. 37 Personen verweigerten eine weitere Teilnahme (36,6%), zwei (2%) waren verstorben, acht (7,9%) akut erkrankt und bei neun Personen fehlte eine Begründung (8,9%) (vgl. Tab. 1). Durch die Ausfallquoten, die telefonischen Kurzbefragung, in denen nicht alle Variablen erfasst wurden (vgl. 6.2.3), sowie durch die Personen, die nur bei der ersten, bei der ersten und zweiten oder der ersten und dritten Befragung teilgenommen hatten, entstand ein komplex strukturierter Datensatz mit relativ vielen fehlenden Werten. Um die hohe Ausfallsquote zwischen der ersten und der zweiten Befragung zu mildern, bezog ich diejenigen Personen in die Analyse mit ein, die für die subjektive Lebensqualität *mindestens zwei von drei möglichen Werten* aufwiesen. Für die Berechnung der Modelle standen so die Datensätze von 183 Personen zu Verfügung.

6.2.3 Fragebogen

Der verwendete Fragebogen war als *vollständig strukturierte Befragung mit quantifizierten Antworten* – ja/nein, Likertskalen, z.T. Zeitangaben – konzipiert. Bei komplexeren Fragen wurden die Teilnehmenden durch Vorlegen von Listen, Likertskalen oder visuellen Analogskalen („Smilies“) unterstützt. Die Befragung wurde persönlich durchgeführt und dauerte im Schnitt neunzig Minuten. Bei Bedarf

wurde eine Pause eingelegt oder ein zweiter Termin ausgemacht. Da die Befragung somit ziemlich lange dauerte und sich für einen Teil der Teilnehmenden als sehr anstrengend herausstellte, wurde für die Zweit- und Drittbefragung eine kurze Version für eine telefonische Befragung zusammengestellt, die maximal zwanzig Minuten dauerte. So konnten einige Teilnehmende trotz anfänglicher Ablehnung doch noch zur Durchführung der Befragung motiviert werden. Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Variablen und die verwendeten Instrumente. Für einige Variablen wurden standardisierte Fragebogen und Skalen verwendet, für die einfacheren Variablen wurden vom SIPSY-Forschungsteam Items konstruiert – in der Tabelle mit „SIPSY“ bezeichnet – oder die Formulierungen aus dem Fragebogen der kantonalen Psychiatrie-Statistik – in der Tabelle „PSYREC“ – übernommen²⁸, wobei diese während der Pilotphase bei Verständnisproblemen oder Ungenauigkeiten angepasst wurden.

Tab. 2: Übersicht über verwendete Variablen und Instrumente

<i>Abhängige Variable</i>	<i>Instrument</i>	<i>Erhebung</i>
Lebensqualität	WHOQOL-Bref (Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2000)	t1-t3
<i>Soziodemografische Prädiktoren</i>		
Alter	SIPSY	t1-t3/T†
Geschlecht	SIPSY	t1
Bildung	SIPSY	t1
Wohnsituation	PSYREC	t1-t3/T
Erwerbssituation	PSYREC	t1-t3/T
Einkommen	PSYREC	t1-t3/T
<i>Soziale Prädiktoren</i>		
Soziales Netz, soziale Rollen	LUNST/ILE (Meyer, 2000)	t1-t3
Soziale Unterstützung	LUNST/ILE	t1-t3
<i>Psychosoziale Prädiktoren</i>		
Stigmatisierung/Coping/Stigmaerfahrung	Discrimination-Devaluation-Scale (Angermeyer, 1998)	t1-t3
Lebensereignisse	LUNST/ILE	t1-t3
<i>Klinische Prädiktoren</i>		
Diagnose	Eintritt Arzt/Ärztin, Austritt PSYREC	t1
Ersterkrankungsalter	SIPSY	t1
Anzahl Hospitalisierungen	SIPSY	t1-t3/T
Dauer der Hosp. letztes Jahr	SIPSY	t1-t3/T
Erkrankungsdauer	SIPSY	t1
Psychopharmaka/Drogen/Alkohol	SIPSY	t1-t3/T
Selbsteingeschätzte Symptome	SCL-90-R, BSI (Franke, 1995, 2000)	t1-t3

† T bezeichnet diejenigen Variablen, die auch im Telefoninterview erhoben wurden.

6.2.3.1 Lebensqualität: WHOQOL-Bref

a) Instrument

Für die Erhebung der subjektiven Lebensqualität wurde die deutsche Version des von der WHO entwickelten Instruments zur Erfassung der subjektiven, gesundheitsbezogenen Lebensqualität verwendet

²⁸ Die Psychiatrie-Statistik des Kantons Zürich wird durch dieselben Organisationseinheit der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich erhoben, in der auch die SIPSY-Studie durchgeführt wurde.

(Angermeyer et al., 2000). Gemäss der Definition der WHOQOL-Gruppe von Lebensqualität als der individuellen Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation im Kontext der jeweiligen Kultur und des jeweiligen Wertesystems (vgl. 4.4; Angermeyer et al., 2000; WHOQOL-Group, 1994, 1995) wurde das Instrument in verschiedenen Kultur- und Sprachkreisen gleichzeitig entwickelt, wobei sich jedoch die Konstruktion nicht an ein theoretisches Modell anlehnte²⁹.

Da die Beantwortung der vollständigen Version des WHOQOL-100-Fragebogens fast 45 Minuten dauert, verwendeten wir im SIPSY-Fragebogen die validierte Kurzversion *WHOQOL-Bref* (Angermeyer et al., 2000; WHOQOL-Group, 1998). Diese enthält 26 Items³⁰, die vier Bereichen – „physische Lebensqualität“, „psychische Lebensqualität“, „soziale Lebensqualität“ und „umweltbezogene Lebensqualität“ – zugeordnet sind. Diese Bereiche oder Dimensionen werden den Items inhaltlich „zu Grunde gelegt“ (Angermeyer et al., 2000), sind also nicht datenbasiert ermittelt.

Das Antwortformat besteht in einer fünfstufigen Likertskala, deren Ausprägung von der Itemformulierung abhängt (vgl. Anhang III). Den Gesamtwert für die subjektive Lebensqualität, der in den statistischen Modellen die abhängige Variable bildet, berechnete ich als Mittelwert der verwendeten 24 Items (vgl. Anhang III) und transformierte diesen gemäss den Vorgaben des WHO-Manuals in einen *Wertebereich von 0 bis 100*. Dies erlaubt auch den Vergleich mit den in den Validierungsstudien normierten Eichstichproben.

b) Skalenanalyse

Die von Angermeyer et al. (2000) durchgeführte Feldstudie, in der auch eine Teilstichprobe aus Psychiatriepatientinnen und -patienten untersucht wurde, ergab eine gute *Reliabilität* des WHOQOL-Bref (ebd.). Durch ein iteratives Vorgehen bei der Konstruktion des Fragebogens und den Einbezug von Fokusgruppen aus Fachleuten und Betroffenen stellten die Autoren sicher, dass die Items und Definitionen allgemein gut verständlich sind und die wichtigen Bereiche des Konstrukts erfasst werden, das Instrument somit *valide* ist.

Um die Dimensionalität des Konstrukts zu überprüfen, führte ich zuerst mit den 24 verwendeten Items für jede der drei Erhebungen eine *Hauptkomponentenanalyse* mit Varimax-Rotation durch. Wie schon andere Autoren (vgl. Ohaeri, Olusina & Al-Abassi, 2004) konnte ich die von der WHOQOL-Gruppe a priori postulierte inhaltliche Aufteilung in vier Bereiche – psychische, physische, soziale und umweltbezogene Lebensqualität – faktorenanalytisch nicht replizieren. Zudem ergaben sich für die drei Erhebungen unterschiedliche Faktorenlösungen. Obwohl sich die Korrelationsmatrizen aller drei Befragungen grundsätzlich für Hauptkomponentenanalysen eignen (vgl. Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 2003), verweisen diese Ergebnisse auf eine instabile Faktorstruktur bzw. unklare Dimensionalität der Skala. Allerdings ist die Stichprobengrösse mit unter 300 Fällen eher zu klein, um stabile Lösungen zu erhalten (Backhaus et al., 2003; Tabachnik & Fidell, 2001). Aus diesen Gründen verzichtete ich auf eine Unterteilung der Lebensqualität in die genannten vier Bereiche.

²⁹ Methodische Aspekte der Entwicklung der WHOQOL-Fragebogen sind in WHOQOL-Group (1994, 1998) und Angermeyer et al. (2000) detailliert beschrieben.

³⁰ Vgl. Anhang III.

Die Durchführung von *Reliabilitätsanalysen* für alle 24 Items für die drei Erhebungen ergab folgende Werte für *Cronbachs Alpha*: 1. Erhebung 0,84, 2. Erhebung 0,87, 3. Erhebung 0,89. Zwei Items³¹ zeigten in allen drei Erhebungen problematische Trennschärfen³² unter 0,3. Die erneute Durchführung von Hauptkomponenten- und Konsistenzanalysen ohne diese Items ergab jedoch keine grundlegend anderen Resultate, weshalb ich alle Items in der Skala beliess.

Die Analyse der Skala hinsichtlich Normalverteilung – Histogramme, Schiefe, Kurtosis, Ausreisser (vgl. Tabachnik & Fidell, 2001) – ergab für alle drei Erhebungen näherungsweise normalverteilte Daten.

6.2.3.2 Soziodemografische Prädiktoren

Grundlegende soziodemografische Informationen wie Alter und Geschlecht wurden als Basisdaten den vom behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin ausgefüllten Ein- und Austrittsformularen entnommen. Die Erhebung weiterer soziodemografischer Prädiktoren erfolgte anhand selber entwickelter oder der Psychiatrie-Statistik des Kantons Zürich entnommener Fragen und Kategorien (Erwerbstätigkeit) im Interview. Für die statistischen Modelle wurden mit dem Ziel der Dummy-Kodierung *alle Prädiktorvariablen* – auch die intervallskalierten – kategorisiert oder dichotomisiert (siehe Kap. 6.2.4.4). Mit intervallskalierten Variablen wurden im Rahmen der explorativen Datenanalyse jeweils Skalenanalysen durchgeführt, deren Ergebnisse aber hier aufgrund der geringen Relevanz (Dummy-Kodierung) nicht wiedergegeben werden. Die verwendeten Skalen waren alle näherungsweise normalverteilt. Da, wo die Skalenanalysen zu grundlegenden Anpassungen der Skala führten, wird darauf hingewiesen.

a) Alter und Geschlecht

Alter und Geschlecht der Teilnehmenden wurden als einmal erhobene Prädiktoren in die Analysen einbezogen. Das Alter wurde aufgrund der Zusammensetzung der Stichprobe wie folgend kategorisiert:

1. unter 30 Jahre
2. 31 bis 40 Jahre
3. über 40 Jahre³³

b) Bildung

In der Erstbefragung wurde die höchste abgeschlossene Ausbildung erfragt und wie folgt kategorisiert:

1. keine abgeschlossene oder obligatorische Schulbildung
2. Abschluss einer Berufslehre oder des Gymnasiums
3. Abschluss einer Fachhochschule oder Universität

³¹ Dabei handelt es sich um die Fragen „Wie stark werden Sie durch Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun?“ und „Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen, um das tägliche Leben zu meistern?“.

³² Korrelation zwischen dem Mittelwert des Items und jenem der Gesamtskala (vgl. Schelten, 1997).

³³ Aufgrund der Einschlusskriterien (vgl. 6.2.1) befanden sich zu Beginn der Studie keine Personen über 50 Jahren in der Stichprobe, in dieser Kategorie befinden sich demnach Personen zwischen 41 und 50 Jahren.

c) Wohnsituation

Die Wohnsituation wurde in allen drei Befragungen erhoben und in folgende Kategorien unterteilt:

1. allein
2. mit Partnerin/Partner, Kindern, Eltern oder anderen Erwachsenen (nicht im therapeutischen Rahmen)
3. in einer Institution: begleitete oder betreute Wohnformen

d) Erwerbsstatus

Die Teilnehmenden wurden in jeder Befragung gefragt, während wie vieler Wochen sie in den letzten zwölf Monaten einer der untenstehenden Arten von Erwerbstätigkeiten nachgingen. Den Erwerbsstatus definierte ich in Anlehnung an eine frühere Arbeit (Nordt, Müller, Rössler & Lauber, 2007) anhand jener Tätigkeit, die in den letzten zwölf Monaten am längsten ausgeübt worden war:

1. Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt
2. Aus- oder Weiterbildung (nicht im Rahmen von IV- oder arbeitsmarktlichen Massnahmen)
3. Arbeitsrehabilitation: Massnahmen der Invalidenversicherung (IV), Arbeit in Werkstätten von Tageskliniken, unterstützter Arbeitsplatz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt („Supported Employment“)
4. geschützte Arbeitsstelle
5. ohne Stelle

Da in einzelnen Kategorien die Fallzahlen sehr klein ausfielen, fasste ich sie für die statistischen Analysen wie folgt zusammen:

1. Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, Aus- oder Weiterbildung (keine IV-Massnahmen)
2. Arbeitsrehabilitation oder geschützte Stelle
3. Ohne Stelle

e) Einkommen

Das Einkommen wurde in allen drei Befragungen erhoben. Die Teilnehmenden wurden gefragt, wie viel Geld sie im Schnitt pro Monat zu Verfügung hätten. Das Einkommen umfasst demnach verschiedene Geldquellen: Lohn aus Erwerbstätigkeit, Versicherungsleistungen (z.B. Arbeitslosenversicherung), Renten (z.B. Invaliditätsrente), Lohn des (Ehe-)Partners oder der Partnerin, Erbschaften, Unterstützung durch Eltern oder Verwandte. Der *Median* der Erst- und Zweitbefragung lag bei 2750 SFr., bei der Drittbefragung bei 3500 SFr. Ich dichotomisierte die Einkommenswerte für alle drei Befragungen bei 3125 SFr. (Mittelwert der beiden Medianwerte) in „tiefes“ und „hohes“ Einkommen, wobei „hoch“ hier als relative Bezeichnung anzusehen ist.

6.2.3.3 Soziale Prädiktoren

Alle sozialen und psychosozialen Prädiktoren wurden mittels standardisierter Instrumente in allen drei Befragungen erhoben.

a) Soziales Netz

Die Struktur oder *Diversität* des sozialen Netzwerks bzw. die Anzahl sozialer Rollen und die wahrgenommene Unterstützung (s.u.) wurden mittels einer leicht modifizierten Version der *LUNST-Skalen* erfasst (Skalen zur Messung von Life Events, sozialer Unterstützung, sozialem Netz, chronischem sozialen Stress und Gesundheit; Meyer, 2000), ein auf dem „Social Support Questionnaire SSQ“ (Schaefer, Coyne & Lazarus, 1981) beruhendes Instrument.

Die Teilnehmenden gaben an, ob sie folgende Rollen hatten:

1. Partnerin oder Partner (verheiratet oder unverheiratet)
2. Kinder
3. ein oder mehrere Verwandte, zu denen eine gute Beziehung besteht
4. eine/r oder mehrere gute Freundinnen und/oder Freunde
5. Arbeitskolleginnen und -kollegen

Die Antworten waren „ja“ oder „nein“, das Maximum möglicher Rollen lag somit bei fünf. Die Anzahl unterschiedlicher sozialer Rollen, die auch als Indikator der sozialen Integration verstanden werden kann, wurde wie folgt kategorisiert:

1. wenig integriert (0-2 Rollen)
2. mittel integriert (3 Rollen, z.B. Partner, Arbeitskollegen, Kinder)
3. gut integriert (4 oder 5 Rollen)

Da sich gezeigt hat, dass spezifische Rollen zu bestimmten Zeitpunkten (z.B. Hospitalisierung) wichtig sind (Müller et al., 2007), wurde der Einfluss der verschiedenen sozialen Rollen zusätzlich einzeln getestet, wobei diese als dichotome Variablen in die Modelle einfließen.

b) Wahrgenommene soziale Unterstützung

Für jede im obigen Abschnitt erwähnte Rolle berichteten die Teilnehmenden, wie viel soziale Unterstützung sie bekommen. Eine Ausnahme bildeten die Kinder, hier wurde die wahrgenommene soziale Unterstützung nur erfasst, wenn die Kinder älter waren als fünfzehn Jahre. Es wird davon ausgegangen, dass die Beziehung zu einem jüngeren Kind nicht vergleichbar ist mit jener zu einem Jugendlichen oder Erwachsenen in Bezug auf normative Erwartungen und Vorstellung hinsichtlich der Reziprozität sozialer Unterstützung (Thoits, 1983). Da die Diversität des sozialen Netzes auf die wahrgenommene Unterstützung keinen Einfluss hat, ist der Einbezug auch jüngerer Kinder in die Variable „Soziales Netz“ gerechtfertigt (Müller et al., 2007).

Es wurde unterschieden zwischen emotionaler und praktischer (instrumenteller) Unterstützung. Die Antworten waren Likert-skaliert (0 „will keine Unterstützung“ 1 „bekommt keine Unterstützung“ bis 5 „sehr viel Unterstützung“); die wahrgenommene Unterstützung wurde als Mittelwert der fünf auf die verschiedenen Rollen bezogenen Skalen berechnet. Da die instrumentelle und die emotionale Unterstützung in den fünf Rollenbereichen stark korrelierten ($r=0,48$ bis $0,7$), wurde nur eine Gesamtskala,

„*wahrgenommene soziale Unterstützung*“, in die Modelle einbezogen. Diese wurde beim Median dichotomisiert³⁴.

6.2.3.4 Psychosoziale Prädiktoren

a) *Wahrgenommene Stigmatisierung, Stigma-Coping, Stigmaerfahrungen*

Drei Aspekte wahrgenommener Stigmatisierung wurden mittels einer gekürzten Version der deutschen Übersetzung von Link's Discrimination-Devaluation-Skala erhoben (Link, 1987; Link et al., 1989; Angermeyer, 1998): wahrgenommene Stigmatisierung, defensives Stigma-Coping und konkrete Erfahrung von Stigmatisierung.

Acht Items erfassten die *wahrgenommene Stigmatisierung* als Überzeugung, dass die „meisten Leute“ psychisch kranke Menschen abwerten oder diskriminieren. Zehn Fragen erfassten die Coping-Orientierungen „Rückzug“ und „Geheimhaltung“. Diese Orientierungen werden im Folgenden als „*defensives Stigma-Coping*“ bezeichnet und umfassen nicht das konkrete Verhalten der betroffenen Personen, sondern Überzeugungen, ob und wie das soziale Umfeld über die psychische Erkrankung informiert werden soll. Das Antwortformat für die wahrgenommene Stigmatisierung und das defensive Stigma-Coping bestand in einer fünfstufigen Likertskala (1 „stimme überhaupt nicht zu“ bis 5 „stimme stark zu“). Beide Skalen dichotomisierte ich beim Median.

Konkrete Erfahrungen von stigmatisierendem oder ablehnendem Verhalten anderer aufgrund der psychischen Erkrankung wurden mittels sechs Fragen im „Ja/Nein“-Format erhoben. Aufgrund der Labeling-Theorie, die davon ausgeht, dass gesellschaftliche Stigmatisierung erst dann relevant wird, wenn eine Person „offiziell“ psychisch krank ist (z.B. nach einem Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik; Link, 1987, Link et al., 1989), wurden diese Fragen in der Erstbefragung nur dann gestellt, wenn die Person *nicht* zum ersten Mal hospitalisiert war (n=122). Die Skala „*Stigmatisierende Erfahrungen*“ kategorisierte ich in „bisher keine stigmatisierenden Erfahrungen gemacht“ und „schon stigmatisierende Erfahrungen gemacht“³⁵.

Eine vorgängig durchgeführte Hauptkomponentenanalyse ergab – ähnlich wie andere Studien (Gaebel, Baumann, Witte & Zaeske, 2002; Matschinger, Angermeyer & Link, 1991; Nordt, Müller, Lauber & Rössler, 2003) – für die wahrgenommene Stigmatisierung eine zweifaktorielle Lösung mit den Faktoren „Soziale Akzeptanz“ und „Soziale Diskriminierung“, die sich in allen drei Befragungen replizieren liess. Ich verwendete nur die fünf Items, die auf den zweiten Faktor luden, für die im obigen Abschnitt beschriebene Skala „*Wahrgenommene Stigmatisierung*“. Für die Coping-Skala ergaben die Hauptkomponentenanalysen keine klar eindimensionale Lösung, vielmehr unterschieden sich die gefundenen Lösungen zwischen den drei Erhebungszeitpunkten deutlich. In den Reliabilitätsanalysen zeigte

³⁴ Eine erste Kategorisierung unterschied zwischen „keine/wenig Unterstützung“, „mittelmässig viel Unterstützung“ und „viel/sehr viel Unterstützung“; dies ergab jedoch keine ausreichenden Kategoriengrößen.

³⁵ Ein Problem bei der wiederholten Verwendung dieser Skala ergibt sich daraus, dass sich die Fragen nach stigmatisierenden Erfahrungen nicht auf einen bestimmten Zeitraum beziehen. Es kann deshalb sein, dass sich zustimmende Antworten bei der zweiten und dritten Erhebung auf dieselben Erfahrungen beziehen wie die Antworten in der Erstbefragung. Deshalb ist bei der Interpretation der Resultate Vorsicht geboten, worauf ich an entsprechender Stelle hinweisen werde.

sich, dass in allen drei Erhebungen zwei Items eine sehr schlechte Trennschärfe aufwiesen; diese entfernte ich aus der Skala. In Anlehnung an eine früher durchgeführte Hauptkomponentenanalyse (Müller et al., 2006) entfernte ich zwei weitere Items aus der Skala, worauf sich für alle drei Erhebungen eindimensionale Faktorlösungen ergaben.

b) Lebensereignisse

Belastende Lebensereignisse wurden mittels der LUNST-Skala von Meyer (2000) erhoben³⁶. Folgende Ereignisse wurden erfasst, falls sie in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung vorgekommen waren:

- schwere körperliche Erkrankung, Unfall, Operation
- schwere Erkrankung eines Familienmitgliedes
- Schwangerschaft/Schwangerschaft der Partnerin, Geburt, Fehl- oder Totgeburt
- grössere seelische Krise
- seelische Krise eines Familienmitgliedes
- Tod von Freunden, Verwandten oder Familienmitgliedern
- Änderung der Arbeitssituation
- Änderung der Wohnsituation
- Trennung, Scheidung
- schwere Auseinandersetzungen im Freundeskreis, der Verwandtschaft oder der Familie
- Probleme eines Kindes (Schulschwierigkeiten, Delinquenz u.Ä.)
- Auszug eines Kindes
- Enttäuschung oder Kränkung durch einen nahestehenden Menschen
- andere wichtige belastende Ereignisse

Falls ein Ereignis vorgekommen war, wurden *zwei Zusatzfragen* gestellt: einerseits gaben die Teilnehmenden an, wie viel *Kraft* sie das Ereignis zum Zeitpunkt seines Auftretens gekostet hatte, andererseits wie stark sie sich dadurch *gegenwärtig noch belastet* fühlen. Die Antworten wurden auf einer fünfstufigen Likertskala von 0 „gar nicht“ bis 4 „sehr viel“ (Kraft) oder „sehr stark“ (Belastung) gegeben. Als Variablen testete ich die einzelnen Lebensereignisse als dichotome Variablen sowie die Summe aller Lebensereignisse. Diese unterteilte ich in drei Kategorien³⁷: 0-2 Ereignisse, 3-5 Ereignisse, über 5 Ereignisse.

Für beide Zusatzfragen – Kraft zurzeit des Vorkommens des Ereignisses, Belastung zurzeit des Interviews – summierte ich die Mittelwerte über alle vorgekommenen Ereignisse und dichotomisierte den resultierenden Wert beim Median in „viel/wenig Kraft gekostet“ und „nicht oder kaum mehr belastend/immer noch belastend“.

³⁶ Bei jenem Teil der Skala, die Lebensereignisse erfasst, handelt es sich um eine modifizierte Form des „Inventars zur Erfassung lebensverändernder Ereignisse (ILE) von Siegrist und Dittmann (1983).

³⁷ Die Einteilung entspricht etwa den Quartilen.

6.2.3.5 Klinische Prädiktoren

Die Erhebung aller klinischer Prädiktoren – ausser der Diagnose (s.u.) – erfolgte durch Selbstbeurteilung.

a) Diagnose

Der Einbezug von Patientinnen und Patienten in die SIPSY-Studie erfolgte zunächst anhand der Eintrittsdiagnose (vgl. 6.2.1). Die definitive Zuteilung zu den beiden Diagnosegruppen F2 (Störungen des schizophrenen Formenkreises) und F3 (Affektive Störungen) erfolgte später unter Einbezug der *Austritts*-Diagnosen der kantonalen Psychiatriestatistik PSYREC aus den entsprechenden Jahren, da die Austrittsdiagnosen als valider angesehen werden. Bei 25 Personen wurde auf diese Weise nachträglich die Zuteilung zu den Diagnosegruppen geändert³⁸.

b) Ersterkrankungsalter

Das Ersterkrankungsalter wurde anhand des Alters bei der ersten psychiatrischen Hospitalisierung bestimmt und bei 25 Jahren dichotomisiert. Personen mit einem Krankheitsbeginn vor 25 Jahren gelten aus epidemiologischer Sicht als früh erkrankt: die Erstmanifestation einer psychischen Störung wirkt sich in diesem Alter stärker auf die psychosoziale und berufliche Integration aus als eine Erkrankung zu einem späteren Zeitpunkt (Jones, Bebbington, Foerster, Lewis, Murray, Russell et al., 1993; Kessler, Foster, Saunders & Stang, 1995; Turnbull, George, Landemann, Swartz & Blazer, 1990).

c) Erkrankungsdauer

Die Dauer der psychischen Erkrankung bestimmte ich anhand der Frage, vor wie vielen Jahren die teilnehmende Person erstmals „wegen psychischer Beschwerden in Behandlung“ war und wie folgt kategorisiert:

1. bis zu drei Jahren
2. zwischen drei und zehn Jahren
3. über zehn Jahre

Da die oben erwähnte Formulierung diffus ist und stark von der persönlichen Perspektive und Einschätzung der Befragten abhängt, wurde die Erkrankungsdauer zusätzlich – analog zum Ersterkrankungsalter – anhand der ersten psychiatrischen *Hospitalisierung* bestimmt und beim Median dichotomisiert:

1. bis zu drei Jahren
2. über drei Jahre

d) Anzahl Hospitalisierungen

In der ersten Befragung (Indexhospitalisierung) wurde erhoben, zum wievielten Mal die Patientinnen und Patienten zu diesem Zeitpunkt stationär hospitalisiert waren. In der zweiten und dritten Befragung

³⁸ Die Wechsel beruhten meist auf dem Wechsel zwischen der Diagnose einer schizoaffectiven (F25.1) und einer affektiven Erkrankung (F3) oder umgekehrt.

wurde nach erneuten Hospitalisierungen seit der letzten Befragung gefragt und die Zahl entsprechend aktualisiert.

Da etwa ein Drittel der Personen zum Zeitpunkt der ersten Befragung zum ersten Mal hospitalisiert war, wählte ich eine Kategorisierung, bei der sich in jeder Kategorie etwa ein Drittel der Teilnehmenden befindet:

1. ersthospitalisiert
2. zweites bis fünftes Mal hospitalisiert
3. sechs oder mehr Mal hospitalisiert

e) Dauer der Hospitalisierungen in den letzten zwölf Monaten

Zusätzlich zur Anzahl der Hospitalisierungen in den letzten zwölf Monaten wurde auch deren gesamte Dauer in jeder Erhebung erfragt und wie folgt kategorisiert:

1. 0 Tage
2. bis zwei Monate (60 Tage)
3. über zwei Monate

f) Einnahme von Psychopharmaka/Medikamenten

Die Befragten gaben in jeder Befragung an, ob sie folgende Psychopharmaka und Medikamente *mit einer ärztlichen Verordnung* einnahmen oder nicht:

- Neuroleptika
- Antidepressiva
- Beruhigungsmittel, Tranquilizer (Benzodiazepine)
- Antiepileptika
- Hypnotika, Schlafmittel
- Lithium
- Medikamente zur Suchtmittelsubstitution (z.B. Methadon)
- Suchtaversionsmittel (z.B. Antabus)
- Antiparkinsonmittel (zur Behandlung von Neuroleptika-induzierten Dyskinesien)
- Medikamente zur Behandlung somatischer Beschwerden
- andere Medikamente

Aus den Ja-Antworten wurde ein Summenscore aufaddiert und wie folgt kategorisiert:

1. keine Medikamente
2. eins bis zwei Medikamente
3. drei oder mehr Medikamente

g) Alkoholkonsum

In jeder Befragung wurde erfasst, wie häufig die Studienteilnehmenden zu diesem Zeitpunkt Alkohol konsumierten³⁹. Falls Alkohol konsumiert wurde, wurde die durchschnittliche Anzahl Gläser pro Tag erfragt. Der Konsum wurde wie folgt kategorisiert:

1. Personen, die nicht oder selten konsumieren
2. Personen, die entweder a) selten konsumieren, dann aber eher viel (ein bis zwei Mal pro Woche, drei Gläser oder mehr) oder b) häufig konsumieren (drei Mal pro Woche oder häufiger), aber wenig (ein oder zwei Gläser)
3. Personen, die häufig oder täglich *und* viel konsumieren

Da insbesondere die dritte Kategorie sehr klein ist, wurden sie für die Auswertungen mit der zweiten Kategorie zusammengelegt.

h) Selbsteingeschätzte Symptome: SCL-90-R/BSI

Für die Erhebung der *subjektiven Belastung durch psychische Symptome* wurde in den ersten beiden Befragungen die deutsche Version der Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R; Franke, 1995) zur Erfassung subjektiver psychischer Belastung verwendet. In der dritten Befragung wurde die Kurzform dieses Fragebogens, das Brief Symptom Inventory BSI (Franke, 2000), eingesetzt⁴⁰. Beide Fragebogen sind umfassend validiert und wurden in zahlreichen Studien verwendet. Es kann davon ausgegangen werden, dass die beiden Fragebogen dasselbe Konstrukt messen (Franke, 2000).

In der Frageform „Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter ...?“ wird die subjektive Belastung durch 90 verschiedene Symptome (BSI: 53 Symptome) erfasst. Beantwortet werden die Fragen auf einer vierstufigen Likertskala von 0 („überhaupt nicht“) bis 4 („sehr stark“). Aus diesen Antworten lassen sich *drei Werte* berechnen: der *GSI* („global severity index“), der die grundsätzliche psychische Belastung misst (Anzahl Symptome und Intensität der Belastung), der *PST* („positive symptom total“), der die Anzahl Symptome mit einer Belastung grösser als 0 summiert, und den *PSDI* („positive symptom distress index“), der die Intensität der Belastung aufzeigt. Zusätzlich können neun Subskalen gebildet werden: Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit, Depressivität, Ängstlichkeit, Feindseligkeit, phobische Angst, paranoides Denken und Psychotizismus. Diese Skalenstruktur ist jedoch umstritten, und ihre empirische Überprüfung steht für den deutschen Sprachraum noch aus (Franke, 1995). Da für die vorliegende Untersuchung jedoch der Einfluss von Depressivität (13 Items in der SCL, 6 Items im BSI) und Ängstlichkeit (10 Items in der SCL, 6 Items im BSI) auf die subjektive Lebensqualität von besonderem Interesse ist (vgl. 3.5.1, „affective fallacy“), testete ich diese beiden Skalen zusätzlich noch einzeln.

³⁹ Ebenfalls erhoben wurde der Konsum von illegalen Substanzen (Cannabis, Heroin, Kokain etc.) und nicht verordneter Medikamente wie Amphetamine, Barbiturate und Benzodiazepine. Da eine Suchterkrankung (F1) ein Ausschlusskriterium der SIPSY-Studie war, ergaben sich für die Auswertungen keine genügend grossen Kategorien, weswegen diese Variablen weggelassen wurden.

⁴⁰ Die dritte SIPSY-Befragung umfasste im Unterschied zu den ersten beiden Befragungen zusätzlich zwei umfangreiche Fragebogen zum Kohärenzgefühl und zur unbezahlten Arbeit. Um sie trotzdem innerhalb zwei Stunden durchführen zu können, wurde hier die Kurzform des SCL-90-R gewählt.

Ein Problem ergibt sich aus der Tatsache, dass der Kennwert PST nur in Relation zur Anzahl erhobener Symptome bewertet werden kann. Diese beträgt beim SCL-90-R 90, beim BSI 53, der Wert lässt sich somit nicht direkt vergleichen. Diese Problematik wird in den Mehrebenen-Modellen jedoch durch die Dichotomisierung behoben. Die drei Globalwerte und die Skalen Depressivität und Ängstlichkeit wurden beim Median dichotomisiert.

6.2.4 Vorgehen bei der Auswertung

6.2.4.1 Deskriptive Statistiken

Zur Beschreibung der Stichprobe zu den drei Zeitpunkten werden deskriptive Statistiken (Häufigkeiten, Prozentwerte) hinzugezogen. Wo möglich, werden die Werte mit bestehenden Normen verglichen (WHOQOL-Bref, SCL-90-R). Allfällige Zusammenhänge zwischen soziodemografischen, sozialen, psychosozialen und klinischen Variablen werden mittels einfacher inferenzstatistischer Verfahren wie χ^2 -Tests, t-Tests und einfachen Varianzanalysen eruiert.

Die Berechnungen führte ich mit SPSS Version 12 durch.

6.2.4.2 Mehrebenenmodelle für Längsschnittdaten: Random coefficient models

Das naturalistische Design der Studie mit langen Zeitabständen zwischen den Befragungen sowie Schwierigkeiten bei der erneuten Kontaktaufnahme mit den Teilnehmenden führte zu einem unbalancierten Datensatz mit zahlreichen fehlenden Werten (vgl. 6.2.2). Hinzu kommt, dass viele Personen – z.B. aufgrund erneuter Hospitalisierung oder zeitaufwändiger Recherche von neuen Wohnadressen – nicht zum geplanten Zeitpunkt (12 bzw. 24 Monate nach der Erstbefragung) befragt werden konnten. Konkret wurde die zweite Befragung zwischen 12 und 24 Monaten (Schnitt 1,3 Jahre) nach der Ersterhebung durchgeführt, die dritte Befragung entsprechend 2,6 bis zu 4,8 Jahren nach der Ersterhebung (Schnitt 3,3 Jahre). Der Datensatz erfüllt somit zwei grundlegende Voraussetzungen von varianzanalytischen Ansätzen nicht: eine gleiche Anzahl Messungen für jede Person und identische Zeitabstände zwischen den Messungen für alle Personen (Bryk & Raudenbush, 1992; Kenny, Bolger & Kashy, 2002; Twisk, 2003).

Der für die vorliegende Arbeit gewählte Ansatz der *Mehrebenenmodelle*⁴¹ löst das Problem von unregelmässigen Zeitabständen zwischen den Erhebungen und ungleicher Anzahl Messungen, und es können alle vorhandenen Daten in die statistischen Analysen einbezogen werden (Bryk & Raudenbush, 1992; Singer & Willett, 2003; Wallace & Green, 2002). Die grundlegende Idee von Mehrebenenmodellen im Zusammenhang mit Längsschnittdaten ist, die zu verschiedenen Zeitpunkten erhobenen Daten als innerhalb der Person gruppiert – „nested within person“ –, d.h. als hierarchisch strukturierte Daten zu behandeln (DiPrete & Forristal, 1994; Kreft & de Leeuw, 1998; Twisk, 2003).

⁴¹ Mehrebenenmodelle sind eine Erweiterung des Allgemeinen Linearen Modells (Richter & Naumann, 2002). In der Literatur sind auch Namen wie „individual growth models“, „random coefficient models“, „multilevel models“, „mixed models“/gemischte Modelle oder „hierarchical linear models“/hierarchische lineare Modelle u.a.m. gebräuchlich (Singer & Willett, 2003).

*Random coefficient models*⁴², ein Typ von Mehrebenenmodellen zur Auswertung von Längsschnittdaten, erlauben es nicht nur, den Zusammenhang einer abhängigen Variable mit der Zeit zu modellieren. Die Zeit oder der zeitliche Verlauf kann zudem als kontinuierliche Variable in die Modelle einbezogen werden, so dass die Anzahl und der Abstand der Erhebungen zwischen den Personen variieren können (Brown & Prescott, 1999; Bryk & Raudenbush, 1992; Singer & Willett, 2003). In RC-Modellen wird davon ausgegangen, dass die Regressionslinien zwischen den Personen variieren, für jede Person wird somit eine individuelle Regressionslinie geschätzt. Die Regressionskoeffizienten (Achsenabschnitt und Steigung) auf dieser Ebene variieren um eine für die Stichprobe oder Population gültige Gesamtlösung („fixed“), und werden als Zufallsvariablen angesehen, d.h. als zufällig („random“) aus einer Verteilung aller möglicher Koeffizienten stammend (Brown & Prescott, 1999; DiPrete & Forristal, 1994; Kreft & de Leeuw, 1998; Twisk, 2003). Die unerklärte Varianz der abhängigen Variable wird in verschiedene Komponenten aufgeteilt (vgl. 6.2.4.3), diese komplexere Fehlerstruktur erlaubt eine genauere Schätzung der Regressionskoeffizienten für die Gesamtlösung (Brown & Prescott, 1999; DiPrete & Forristal, 1994; Richter & Naumann, 2002; Singer & Willett, 2003; Twisk, 2003). In einem weiteren Schritt können Prädiktoren in die Modelle einbezogen und deren Effekte auf die abhängige Variable getestet werden (Bryk & Raudenbush, 1992). Dabei ist es möglich, sowohl Prädiktoren, die sich über die Zeit verändern (z.B. Erwerbstätigkeit oder selbsteingeschätzte Symptombelastung) wie auch unveränderliche Prädiktoren (Geschlecht oder Ersterkrankungsalter) zu testen (Singer & Willett, 2003; Wallace & Green, 2002).

6.2.4.3 Gleichungen

RC-Modelle sind lineare Regressionsmodelle (DiPrete & Forristal, 1994; Kreft & de Leeuw, 1998), die Gleichungen auf zwei Ebenen enthalten. Ich folge der Notation von Bryk und Raudenbush (1992) sowie Singer und Willett (2003), da diese die hierarchische Struktur der Modelle anschaulich zeigt. Die erste Gleichung modelliert den Zusammenhang der abhängigen Variablen mit der Zeit, d.h. die lineare Veränderung der abhängigen Variablen über die Zeit⁴³:

Ebene 1:

$$Y_{it} = \pi_{0i} + \pi_{1i} \text{TIME}_{it} + \varepsilon_{it} \quad (1)$$

Wobei	Y_{it} :	beobachteter Wert der abhängigen Variable der Person i zum Zeitpunkt t
	π_{0i} :	Koeffizient für den Achsenabschnitt, Ausprägung der abhängigen Variable der Person i zum Zeitpunkt $a_{it}=0$
	π_{1i} :	Steigungskoeffizient, Veränderung für Person i innerhalb einer Zeiteinheit
	TIME_{it} :	„Alter“ der Person i zum Zeitpunkt t , Zeitvariable, verstrichene Zeit seit erster Erhebung
	ε_{it} :	Fehlerkomponente auf Personenebene, Anteil der abhängigen Variable, der zum Zeitpunkt t nicht erklärt ist

⁴² Ich behalte die englische Bezeichnung bei, da die deutsche Übersetzung kaum gebräuchlich ist. Im Folgenden benutze ich die Abkürzung RC-Modelle.

⁴³ Durch Polynome der Zeitvariablen können auch nichtlineare Veränderungen modelliert werden (Bryk & Raudenbush, 1992). Die Gleichung sieht dann wie folgt aus:

$$Y_{it} = \pi_{0i} + \pi_{1i} \text{TIME}_{it} + \pi_{2i} \text{TIME}_{it}^2 + \dots + \pi_{pi} \text{TIME}_{it}^p + \varepsilon_{it}$$

Für die Fehlerkomponente auf der Ebene 1, d.h. den Messfehler auf individueller Ebene, wird angenommen, dass sie unabhängig und normalverteilt ist, mit einer Varianz von σ^2 , die der Varianz *innerhalb* der Person entspricht (Brown & Prescott, 1999; Bryk & Raudenbush, 1992; Singer & Willett, 2003; Wallace & Green, 2002). Auf der Ebene 2 werden nun die Koeffizienten der Gleichung 1 spezifiziert und der Einfluss von Prädiktoren einbezogen.

Ebene 2:

$$\pi_{0i} = \beta_{00} + \sum_{q=1}^{Q_0} \beta_{0q} X_{0qi} + \zeta_{0i} \quad (\text{Achsenabschnitt}) \quad (2.1)$$

$$\pi_{1i} = \beta_{10} + \sum_{q=1}^{Q_1} \beta_{1q} X_{1qi} + \zeta_{1i} \quad (\text{Steigung}) \quad (2.2)$$

Wobei	β_{00}, β_{10} :	Achsenabschnitt und Steigungskoeffizient der Gesamt-Stichprobe, wenn alle Prädiktoren = 0 sind
	X_{0qi}, X_{1qi} :	q'ter Prädiktor der Person i (Geschlecht, Diagnose etc.) zum Zeitpunkt 0 bzw. 1
	Q :	Anzahl der Prädiktoren
	β_{0q} :	Effekt von X_q auf π_{0i}
	β_{1q} :	Effekt von X_q auf π_{1i}
	ζ_{0i}, ζ_{1i} :	Fehlerkomponenten oder Residuen auf Ebene 2 mit den unbekannten Varianzen τ_{00} und τ_{11} sowie der Kovarianz τ_{01}

Aus der Gleichung wird ersichtlich, dass sowohl unveränderliche wie auch veränderliche Prädiktoren in die Modelle einbezogen werden können. Die Fehlerkomponenten auf Ebene 2 entsprechen den Anteilen von Achsenabschnitt und Steigung, der auf Ebene 2 unerklärt ist und repräsentieren die individuellen Abweichungen von der Lösung für die Gesamtstichprobe (Singer & Willett, 2003; Wallace & Green, 2002). Die Fehlerkomponenten werden als bivariat normalverteilt mit dem Mittelwert 0 und den unbekannten Varianzen τ_{00} und τ_{11} und der unbekannten Kovarianz τ_{01} angenommen. Die Varianz-Kovarianz-Matrix wird aus den Daten geschätzt (Singer, 2002). Die Gleichungen können in einem weiteren Schritt wie folgt integriert und umstrukturiert werden:

Zusammengesetztes Modell:

$$Y_{it} = [\beta_{00} + \beta_{10} TIME_{it} + \sum_{q=1}^{Q_0} \beta_{0q} X_{0qi} + \sum_{q=1}^{Q_1} \beta_{1q} (X_{1qi} TIME_{it})] + [\zeta_{0i} + \zeta_{1i} TIME_{it} + \varepsilon_{it}] \quad (3)$$

Wobei	β_{00} :	Achsenabschnitt für die Gesamtstichprobe, wenn alle Prädiktoren (inkl. Zeit) = 0 sind
	$\beta_{10} TIME_{it}$	Steigung für die Gesamtstichprobe, Veränderung der abhängigen Variable
	$\sum_{q=1}^{Q_0} \beta_{0q} X_{0qi} + \sum_{q=1}^{Q_1} \beta_{1q} (X_{1qi} TIME_{it})$	Effekte von Prädiktoren auf Achsenabschnitt und Steigung
	$\zeta_{0i} + \zeta_{1i} TIME_{it} + \varepsilon_{it}$	Fehlerterm

Durch die eckigen Klammern wird hier hervorgehoben, dass das Modell sich aus einem festen („fixed“) Teil, der die Lösung für die Gesamtstichprobe repräsentiert, und einem variierenden („random“) Teil zusammensetzt (Kreft & de Leeuw, 1998; Singer & Willett, 2003). Die β -Komponenten werden als „fixed effects“ oder feste Effekte bezeichnet, die Fehlerkomponenten als „random effects“ oder

Zufallseffekte. Der Achsenabschnitt β_{00} kann verstanden werden als Ausgangswert („initial status“), der Steigungskoeffizient als Ausmass der Veränderung der abhängigen Variable. Der Effekt eines Prädiktors kann verstanden werden als Gruppenunterschied im Achsenabschnitt (hypothetisches Beispiel: Frauen haben eine geringere subjektive Lebensqualität) und der Steigung (Frauen haben nach einem Klinikaufenthalt einen schnelleren Anstieg der subjektiven Lebensqualität).

Dem Fehlerterm kommt bei der Schätzung der Koeffizienten eine wichtige Rolle zu: er berücksichtigt, dass die Residualwerte auf der Zeitebene durch die Messwiederholung korrelieren (Autokorrelation⁴⁴) und keine Homoskedasizität⁴⁵ vorliegt (DiPrete & Forristal, 1994; Kenny et al., 2002; Kreft & de Leeuw, 1998; Richter & Naumann, 2002; Singer & Willett, 2003).

6.2.4.4 Modellbildung

Wie von verschiedenen Autoren empfohlen (Richter & Naumann, 2002; Singer & Willett, 2003; Wallace & Green, 2002), folge ich bei der Modellbildung einer schrittweisen, datengeleiteten Suchstrategie, bei der mit einfachen Modellen begonnen wird, die sukzessive erweitert werden. Dies liegt auch deshalb nahe, weil es wenig theoretische oder empirische Anhaltspunkte gibt, bestimmte statistische Zusammenhänge und Einflüsse – insbesondere multivariater Art – a priori zu postulieren und anschliessend zu testen (vgl. 5.2).

In zwei „unkonditionierten“ Modellen (Bryk & Raudenbush, 1992; Singer & Willett, 2003) wird zunächst die Variation der abhängigen Variable unabhängig vom Einfluss der Zeit („*unconditional means model*“, Singer & Willett, 2003) sowie der Zusammenhang der subjektiven Lebensqualität mit der Zeit, d.h. die Veränderung der subjektiven Lebensqualität über die Zeit, modelliert („*unconditional linear growth model*“). Die Autoren empfehlen für wenige Messzeitpunkte ein lineares Modell, durch Polynome der Zeitvariablen können aber quadratische oder kubische Trends modelliert werden (vgl. auch Brown & Prescott, 1999).

In einem weiteren Schritt wird für *jede Variable* der soziodemografischen, sozialen, psychosozialen und klinischen Variablengruppen ein eigenes Modell errechnet (*Einzelmodelle*). Diejenigen Variablen mit signifikanten Koeffizienten in diesen Modellen werden danach innerhalb der Gruppe in einem Modell getestet (*Gruppenmodelle*), abschliessend wird ein Modell mit allen in den Gruppenmodellen signifikanten Variablen berechnet (*Gesamtmodell*). Als fester Effekt (fixed effects) wird die Veränderung der subjektiven Lebensqualität geprüft (Zeiteffekt), weiter der Effekt der Prädiktoren sowie die Interaktion zwischen Prädiktoren und Zeit (vgl. Anmerkungen zu Gleichung 3). Für alle Modelle wird angenommen, dass sich Achsenabschnitte und Steigungskoeffizienten zwischen den Personen unterscheiden. Als Zufallseffekte (random effects) werden deshalb die individuellen Achsenabschnitte und Steigungen (Zeiteffekt) modelliert.

Alle Prädiktorvariablen wurden anhand ihrer Kategorisierung (vgl. 6.2.3.2 bis 6.2.3.5) in Dummy-Variablen umkodiert. Bei den Prädiktoren verzichtete ich darauf, den Einfluss von Variablen zu einem

⁴⁴ Autokorrelation: Der unerklärte Varianzanteil der abhängigen Variablen korreliert zwischen den Messungen.

⁴⁵ Homoskedasizität: Der unerklärte Varianzanteil der abhängigen Variablen hat über alle Messzeitpunkte die gleiche Verteilung.

Messzeitpunkt auf die Lebensqualität zum nächsten Messzeitpunkt zu testen. Solche so genannten „Time-lag-Modelle“ sind nur dann sinnvoll, wenn die Messzeitpunkte nahe beieinander liegen (Twisk, 2003). Zudem beziehen sich einige der erhobenen Variablen auf den Zeitraum *vor* der Befragung (z.B. Erwerbstätigkeit, Einkommen, Hospitalisierungsdauer oder Lebensereignisse im letzten Jahr, Symptombelastung in den letzten sieben Tagen), enthalten also eine retrospektive Komponente, die es inhaltlich und logisch nicht sinnvoll erscheinen lässt, den Effekt dieser Variablen auf den *nächsten* Zeitpunkt zu testen.

Für die Varianz-Kovarianzstruktur der Residualwerte oder Zufallseffekte, in den Modellen als G-Matrix bezeichnet (Brown & Prescott, 1999; Wallace & Green, 2002), wird angenommen, dass sie unstrukturiert ist, d.h. die Varianzen können sich zwischen den Messzeitpunkten unterscheiden, ebenso werden unterschiedliche Kovarianzen zwischen den Zeitpunkten berücksichtigt. Als Schätzmethode wird die FML-Schätzmethode („full maximum likelihood estimation“) gewählt (Brown & Prescott, 1999; Singer, 2002; Wallace & Green, 2002)⁴⁶. Die Freiheitsgrade werden nach Satterthwaite geschätzt (Singer, 2002). Um die Modelle zu prüfen (Normalverteilung der Residuen, Homoskedasizität, Ausreisser) folgte ich den Ausführungen von Brown und Prescott (1999) und Singer und Willett (2003), die eine Überprüfung anhand von Streudiagrammen und P-P-Plots der Residuen empfehlen. Der Vergleich verschiedener Modell erfolgt anhand so genannter Abweichungsstatistiken und Informationskriterien. Die Differenz der Abweichungsstatistiken zweier Modelle (-2LL) ist χ^2 -verteilt, entsprechend könnte die Nullhypothese getestet werden, dass sich die Modelle signifikant unterscheiden. Da aber die Bedingungen, unter denen dieser Test durchgeführt werden kann, sehr restriktiv sind, werden die Modelle in erster Linie anhand der Informationskriterien^{47,48} verglichen (vgl. Singer & Willett, 2003).

Die Berechnung der RC-Modelle erfolgt mittels der Software SAS Version 9.

⁴⁶ Maximierung der Log-Likelihood-Funktion, d.h. des Logarithmus der zusammengesetzten Likelihood (Wahrscheinlichkeit), alle Stichprobendaten zu beobachten, die tatsächlich beobachtet wurden. Die Log-Likelihood-Funktion, die auf dem hypothetisierten Modell und den entsprechenden Annahmen beruht, enthält alle unbekannten Parameter und die Stichprobendaten. ML-Schätzwerte sind jene Schätzwerte, die diese Funktion maximieren. In diesem Zusammenhang wird die Grösse der Funktion für das berechnete Modell mit den spezifischen beobachteten Werten und Schätzwerten bestimmt, diese Grösse wird auch als „sample log-likelihood“-Statistik bezeichnet (LL). Aus dieser Grösse wird die Abweichung („deviance“) berechnet, die zwei Modelle vergleicht: das berechnete Modell sowie ein gesättigtes Modell, das die beobachteten Daten perfekt abbildet: Deviance = -2 (LL_{berechnetes Modell} - LL_{gesättigtes Modell}). Für -2Log gilt: je kleiner die Abweichung, desto besser das geschätzte Modell. Die ML-Methode erlaubt den Vergleich zwischen Modellen mit identischen Zufallseffekten, während die „restricted maximum likelihood“ für Modelle mit identischen festen Effekten verwendet wird (Singer, 2002; Singer & Willett, 2003).

⁴⁷ Der Wert -2LL entspricht der in Fussnote 46 beschriebenen Abweichungsstatistik. Akaike's Information Criterion (AIC) und Bayesian Information Criterion (BIC) erlauben den Vergleich von Modellen mit verschiedenen Prädiktoren, die beiden letzteren „bestrafen“ eine steigende Anzahl zu schätzender Parameter; das BIC berücksichtigt zusätzlich die Stichprobengrösse (Singer & Willett, 2003).

⁴⁸ Die Modelle, die verglichen werden können, müssen auf einem absolut identischen Datensatz beruhen und ineinander überführbar sein. Die Informationskriterien erlauben hingegen einen Vergleich von Modellen mit unterschiedlichen Modellparametern, d.h. z.B. unterschiedlichen Prädiktorvariablen (Singer & Willett, 2003). Für diesen Vergleich kann jedoch kein inferenzstatistischer Schluss gezogen werden, sondern die Modelle müssen anhand von „Logik, Theorie, früherer Forschung und der Überprüfung von Hypothesen“ (Übers. d. Verf.) verglichen werden (ebd. S. 105). Das iterative Vorgehen trägt gemäss den Autoren hierzu bei.

6.3 Qualitative Interviews

6.3.1 Vorgehen bei der Durchführung der qualitativen Interviews

Für die qualitativen Interviews schrieb ich jene Personen, die an der dritten SIPSY-Befragung teilgenommen hatten und noch kontaktierbar waren (n=54), im Herbst 2006 an und bat sie um die Teilnahme an einem einstündigen qualitativen Interview. Der schriftlichen Anfrage waren Informationen zum Thema und Ablauf des Interviews (vgl. Anhang IV) sowie ein Anmeldeschein und ein frankierter und adressierter Briefumschlag für die Rücksendung beigelegt. *Sechzehn Personen* erklärten sich zu einem Interview bereit. Es wurden telefonisch oder per Email ein Termin und Ort für das Interview festgelegt, wobei die Interviewpartnerinnen und -partner selber festlegen konnten, ob das Interview bei ihnen zuhause oder in einem Büro der Forschungsgruppe stattfinden sollte. Die Interviews fanden zwischen November 2006 und Ende Januar 2007 statt. Sieben Interviews führte ich bei den Befragten zuhause durch, acht in einem Büro der Forschungsgruppe und eines am Arbeitsort der betreffenden Person.

Zu Beginn des Interviews nahm ich Bezug zur SIPSY-Studie, an der alle Befragten teilgenommen hatten und erklärte den Ablauf des Interviews. In einem weiteren Schritt besprach ich die einzelnen Punkte der Einverständniserklärung (Anhang V), wobei ich insbesondere auf die Aufnahme der Gespräche, die Transkription und die Fragen zum Datenschutz einging. Das Interview wurde nach dem in 6.4 beschriebenen Leitfaden geführt und mit einem digitalen Aufnahmegerät aufgezeichnet. Eine befragte Person lehnte eine Aufnahme ab, dieses Interview wurde schriftlich protokolliert. Das kürzeste Interview war knapp sieben Minuten lang, zwölf Interviews dauerten zwischen zwanzig und fünfzig Minuten, die restlichen drei zwischen 60 und 73 Minuten. Die interviewten Personen werden in 8.1 beschrieben.

6.3.2 Entwicklung des Interviewleitfadens und Transkription

Der *Interviewleitfaden* (vgl. Anhang VI) wurde auf der Grundlage der in 5.2.2 formulierten Fragestellungen entwickelt. Zu jeder in einer alltagsnahen Sprache formulierten Hauptfrage entwickelte ich zudem Alternativ- und Hilfsfragen für den Fall, dass eine Person eine Frage nicht verstehen sollte, oder mit der offenen Formulierung nichts anzufangen wüsste. Der Leitfaden wurde von einem Experten für qualitative Sozialforschung⁴⁹ gegengelesen und aufgrund dessen Anmerkungen überarbeitet.

Die *Strukturierung* des Interviews folgte den Empfehlungen von Lamnek (2005b) für die Moderation von Gruppendiskussionen. Zu Beginn stellte ich eine für die meisten Menschen leicht zu beantwortende Frage („Eisbrecher“) nach dem Alltag und der Lebenssituation. Damit sollte einerseits ein Bezug zum täglichen Leben der Interviewpartnerinnen und -partner hergestellt werden, andererseits dienten die ersten paar Minuten sowohl den interviewten Personen wie auch mir selber dazu, sich auf die Interviewsituation einzustellen. Danach folgte eine offene Frage dazu, was für die Betroffenen in ihrem Alltag für ihr Wohlbefinden wichtig ist. Die Hauptfragen betrafen Lebensbereiche, mit denen die Be-

⁴⁹ Dr. Jan Kruse, Universität Freiburg i.B. (Deutschland).

fragten zufrieden oder unzufrieden waren, Veränderungswünsche und wahrgenommene Veränderungen der subjektiven Lebensqualität in den letzten Jahren sowie Fragen nach dem Stellenwert der Erkrankung sowie allfälligen Medikamenten und deren Nebenwirkungen für das eigene Wohlbefinden. Zum Abschluss folgte eine Frage auf einem höheren Abstraktionsniveau: die Interviewpartnerinnen und -partner wurden nach ihrer eigenen Definition von Lebensqualität gefragt. Schliesslich konnten noch weitere Aspekte angesprochen, Fragen gestellt und Anmerkungen gemacht werden, wobei hier der Übergang in ein wieder stärker dialogisch geführtes Gespräch einen natürlichen Abschluss des Interviews bildete. Die Festlegung des Interviewablaufs diente vorwiegend als Strukturierungshilfe. Bei der *Transkription* übertrug ich die in Schweizerdeutsch geführten Interviews in die Standardsprache. Die Transkription erfolgte wörtlich, wobei ich gemäss den Empfehlungen von Mayring (2002) Satzbaufehler und Wiederholungen bereinigte. Da bei der Auswertung (vgl. 6.3.3) die thematischen Inhalte der Fragestellung im Vordergrund stehen sollten, übersprang ich bei der Transkription Interviewpassagen, in denen über mehrere Minuten über andere Themen gesprochen wurde (z.B. Urlaubsorte, Hunderassen, Bücher u.Ä.). Bezüglich der Anonymisierung der persönlichen Angaben folgte ich den in der Einverständniserklärung aufgeführten Punkten zum Datenschutz (vgl. Anhang V).

6.3.3 Auswertung des Interviews: Qualitative Inhaltsanalyse

Bei den Interviewprotokollen handelt es sich um Texte, die in einem kommunikativen Zusammenhang entstanden sind (Lamnek, 2005a). Bei der interpretativen Auswertung dieser Texte kann vom „trivialen Sachverhalt“ (ebd., S. 478) ausgegangen werden, dass sich in dem, was Menschen sprechen oder schreiben, ihr Befinden, ihre Absichten, Einstellungen und Situationsdeutungen widerspiegeln und dass sich in der „narrativ-retrospektiven Erfahrungsaufbereitung“ (ebd., S. 199) die subjektiven Relevanzstrukturen reproduzieren. Bei der *Inhaltsanalyse*, dem für die Auswertung der qualitativen Interviews gewählten Verfahren, handelt es sich um eine Methode der Datenreduktion, bei der diese Relevanzstrukturen aus dem Textmaterial regelgeleitet herausgearbeitet werden.

Die Auswertung folgt *formal* den Vorschlägen von Mayring (1995) zur qualitativen Inhaltsanalyse. Diese bietet den Vorteil, dass die einzelnen Analyseschritte relativ starren Regeln folgen, die vor allem eine Explizierung des Vorgehens zum Zweck der Nachvollziehbarkeit sowie die Vermeidung von Willkür bei der Ergebniserzeugung anstreben (vgl. Lamnek, 2005a). Allerdings weiche ich aufgrund der Kritik Lamneks (2005a) am Ansatz von Mayring inhaltlich und insbesondere in Bezug auf den Stellenwert des theoretischen Vorverständnisses im Analyseablauf vom vorgeschlagenen Vorgehen ab. Die Kritik betrifft hauptsächlich das Verständnis von Offenheit (vgl. 6.1) in Mayrings Ansatz, in dem Offenheit lediglich bedeutet, dass keine Hypothesen über Sachverhalte und Zusammenhänge formuliert und überprüft werden, während die Fragestellung selber aber an bestehenden theoretischen Ansätzen festgemacht und vor allem die Auswertungskategorien und -dimensionen *vor* der eigentlichen Analyse festgelegt und dann auf das Material angewendet werden (Mayring, 1995). Dieser Zugang wird von Lamnek (2005a) kritisiert, da er sich zu stark an der quantitativen Methodologie orientiere. Er schlägt stattdessen vor, die Analyse ohne vorformulierte Strukturierungen zu beginnen.

Qualitative Inhaltsanalyse versucht insoweit diese Offenheit zu praktizieren, als kein vorab entwickeltes inhaltsanalytisches Schema mit Analyseeinheiten, -dimensionen und -kategorien auf die zu untersuchenden Kommunikationsinhalte angelegt wird. Vielmehr versucht sie, den Inhalt selbst sprechen zu lassen und aus ihm heraus die Analyse zu entfalten (ebd., S. 508).

Das hier gewählte Vorgehen entspricht einer Kombination der beiden Ansätze. Da aus bestehenden qualitativen Studien kaum theoretische oder empirische Anhaltspunkte zu möglichen Kategorisierungen ableitbar sind (vgl. 5.2), sollen solche auch nicht a priori formuliert werden. Allerdings ist das Material selber durch die Orientierung des Interviewgesprächs an einem anhand der Fragestellung erstellten Leitfaden schon vorstrukturiert. Zudem beeinflusste das konzeptuelle Modell implizit meine Vorstellungen darüber, welche Phänomene, Lebensbereiche und Prozesse für das Wohlbefinden relevant sein könnten. Die in 5.2.2 formulierten Fragestellungen dienen somit als Ausgangspunkt für die Analyse der Texte. Im Folgenden werden die einzelnen Analyseschritte anhand Mayrings (1995) Vorschlag dargestellt.

- *Festlegung des untersuchten Materials:* Beim untersuchten Material handelt es sich um die Protokolle der Leitfaden-Interviews mit sechzehn Personen, die in den Jahren 1999 bis 2004 an der SIPSY-Studie teilgenommen hatten (vgl. 6.2.1, 6.3.1, 6.3.2). Im Rahmen der organisatorischen und zeitlichen Gegebenheiten bestand keine Möglichkeit, eine gezielte Auswahl der Interviewteilnehmenden vorzunehmen, wie es von Lamnek (2005a) vorgeschlagen wird. Lamnek (ebd.) fordert, dass der Stichprobenplan nach dem Prinzip einer bewusst heterogenen Auswahl angelegt werden soll, so dass sämtliche „hypothetisch relevanten Merkmalskombinationen bzw. -träger im Sample vertreten sind“ (S. 192). Solche Samplingstrategien stossen allerdings da an Grenzen, wo theoretisch und empirisch zu wenig Vorwissen darüber vorhanden ist, welche Merkmale und Merkmalskombinationen letztlich für den Forschungsgegenstand relevant sind, was im vorliegenden Fall sicher zutrifft (vgl. 5.2). Das in 6.3.1 beschriebene Vorgehen bedeutet, dass die Stichprobe sich ausschliesslich durch *Selbstselektion* zusammensetzt, was natürlich Fragen bezüglich der Verallgemeinerung und Generalisierbarkeit der Ergebnisse aufwirft. Deshalb soll bei der Beschreibung der Stichprobe, der Auswertung und Interpretation der Ergebnisse ein besonderes Augenmerk auf die Übertragbarkeit der Befunde gelegt und an entsprechender Stelle diskutiert werden.
- *Analyse der Entstehungssituation:* Die Entstehungssituation des Materials ist weiter oben in 6.3.1 und 6.3.2 beschrieben.
- *Formale Charakteristika des Materials:* Das untersuchte Material liegt in Form von sechzehn transkribierten Interviewprotokollen vor. Bei der Transkription folgte ich den in 6.3.2 beschriebenen Regeln.
- *Richtung der Analyse:* Gemäss dem von Mayring (1995, S. 47) vorgestellten inhaltsanalytischen Kommunikationsmodell lässt sich definieren, in welche *Richtung* der Text ausgewertet werden soll. Aufgrund der Fragestellung handelt es sich bei der Auswertung der qualitativen

Interviews um eine Analyse, mit der einerseits Aussagen über den Gegenstand (Lebensqualität), aber auch Aussagen über den emotionalen und kognitiven Bezug der Befragten zu diesen gewonnen werden sollen.

- *Theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung:* Auf diese wird aus den oben genannten Gründen verzichtet.
- *Analysetechnik:* Als Analysetechnik wird die *inhaltliche Strukturierung* (Mayring, 1995) gewählt, wobei die formulierten Fragestellungen als a priori definierte Kategorien verstanden werden können. Innerhalb dieser Kategorien werden Unterkategorien aus den Texten heraus entwickelt. Wie von Mayring (ebd.) vorgeschlagen, folge ich dabei den Regeln zur Paraphrasierung, Verallgemeinerung und Reduktion von Textstellen. Bei der Darstellung der Ergebnisse werden einzelne Textstellen aus den Interviews als illustrierende Zitate angeführt.

Die Auswertung erfolgt mittels der Software ATLAS.ti Version 5.

6.4 Zusammenfassung der wichtigsten methodischen Vorgehensweisen

6.4.1 Daten

Die Daten der vorliegenden Untersuchung stammen aus einer *Längsschnittstudie* über die berufliche und soziale Integration sowie die subjektive Lebensqualität von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Im Rahmen dieser Studie wurden in den Jahren 1999 und 1998 (Pilotstudie), 2000 und 2001 in zwei psychiatrischen Kliniken im Kanton Zürich knapp dreihundert Personen, die sich in stationärer psychiatrischer Behandlung befanden, mittels eines strukturierten Fragebogens befragt. Einschlusskriterien waren die Diagnose einer schizophrenen oder affektiven Erkrankung und ein Alter zwischen zwanzig und fünfzig Jahren, während Suchterkrankungen und fehlende Deutschkenntnisse als Ausschlusskriterien festgelegt wurden. Rund 183 der ursprünglich befragten Personen waren in den Jahren 2000 bis 2004 zu einer zweiten bzw. dritten Befragung bereit. Einige Personen nahmen nur an der Erst- und Zweitbefragung, andere nur an der Erst- und Drittbefragung teil. Da zusätzlich zu den quantitativen Daten der Studie eine *qualitative Erhebung* zum Thema Lebensqualität durchgeführt werden sollte, wurden im Jahr 2006 diejenigen Personen, die an der dritten Befragung teilgenommen hatten, schriftlich um die Teilnahme an einem eineinhalbstündigen qualitativen Interview gebeten. Sechzehn Personen erklärten sich hierzu bereit.

6.4.2 Instrumente und Variablen

Die Befragung im Rahmen der drei Erhebungen der Längsschnittstudie erfolgte mittels eines vollständig strukturierten Fragebogens. Dabei wurde die subjektive Lebensqualität anhand des von der WHO entwickelten Instruments erhoben. Die *soziodemografischen Variablen* umfassten Geschlecht, Alter, Wohnsituation, Bildung, Einkommen und Erwerbsstatus. Als *soziale Variablen* wurden fünf verschiedene soziale Rollen, die Anzahl aller sozialen Rollen und die wahrgenommene soziale Unterstützung erhoben. *Psychosoziale Variablen* umfassten die wahrgenommene Stigmatisierung, ein defensives Stigma-Coping im Sinn von Rückzug und Geheimhaltung sowie konkrete stigmatisierende Erfahrun-

gen. Zudem wurden verschiedene, in den letzten zwölf Monaten aufgetretene Lebensereignisse erhoben sowie die wahrgenommene Belastung durch diese Ereignisse zum Zeitpunkt ihres Auftretens sowie zum Zeitpunkt der Befragung. Die erhobenen *klinischen Variablen* beinhalteten Merkmale der Erkrankung und der psychiatrischen Behandlung. Erhoben wurden hier die Diagnose, das Ersterkrankungsalter, die Erkrankungsdauer, die Anzahl bisheriger psychiatrischer Hospitalisierungen, die Dauer allfälliger Hospitalisierungen im vergangenen Jahr sowie die Einnahme von Medikamenten und der Alkoholkonsum. Ebenfalls wurde die subjektive Belastung durch psychische Symptome erfasst. Alle Prädiktorvariablen wurden kategorisiert, um statistische Probleme mit allfälligen schiefen Verteilungen und Ausreißern zu umgehen sowie für die Auswertungen Dummy-Variablen zu bilden.

Für die *qualitativen Interviews* wurde anhand der Fragestellungen ein Leitfaden entwickelt, der im Gespräch als Strukturierungshilfe dienen und sicherstellen sollte, dass alle Fragen gestellt wurden. Die Interviews wurden auf Schweizerdeutsch geführt und bei der Transkription in die Standardsprache übertragen.

6.4.3 Auswertungen

Deskriptive Statistiken dienen der Beschreibung der Stichprobe zu den drei Zeitpunkten. Allfällige Zusammenhänge zwischen soziodemografischen, sozialen, psychosozialen und klinischen Variablen werden mittels einfacher inferenzstatistischer Verfahren wie χ^2 -Tests, t-Tests und einfachen Varianzanalysen eruiert.

Für die Analyse der Daten aus der Längsschnittstudie kommen *Mehrebenenmodelle* zum Zug. Dieser Zugang erlaubt es, die Besonderheiten des Datensatzes statistisch adäquat zu berücksichtigen. Dabei handelt es sich einerseits um eine relativ grosse Anzahl an fehlenden Werten aufgrund der Ausfallsquote. Daneben konnten viele Personen auch nicht zum geplanten Zeitpunkt für die Zweit- und Drittbefragung kontaktiert werden, so dass die Zeitabstände zwischen den Befragungen beträchtlich variierten. Der Ansatz der Mehrebenenmodelle löst dieses Problem der unregelmässigen Zeitabstände zwischen den Erhebungen und der ungleichen Anzahl der Messungen und erlaubt es, alle vorhandenen Daten in die statistischen Analysen einzubeziehen. Die zu den drei Zeitpunkten erhobenen Daten werden dabei als innerhalb der Person gruppiert – „nested within person“ –, d.h. als hierarchisch strukturierte Daten verstanden. Bei den hier angewendeten „*random coefficient models*“ handelt es sich um lineare Regressionsmodelle mit zwei Ebenen. Mit diesen Modellen lassen sich Zusammenhänge einer abhängigen Variablen mit der Zeit modellieren. Aufgrund der Annahme, dass die Regressionslinien zwischen den Personen variieren, wird für jede Person eine individuelle Regressionslinie geschätzt. Die Regressionskoeffizienten (Achsenabschnitt und Steigung) auf dieser Ebene variieren um eine für die Stichprobe oder Population gültige Gesamtlösung („fixed“), und werden als Zufallsvariablen angesehen, d.h. als zufällig („random“) aus einer Verteilung aller möglicher Koeffizienten stammend. Der unerklärte Varianzanteil der abhängigen Variablen wird in mehrere Komponenten aufgeteilt, wobei diese gegenüber einfachen Regressionen komplexere Fehlerstruktur eine genauere Schätzung der Regressionskoeffizienten für die Gesamtlösung erlaubt. Darüber hinaus können sowohl über die Zeit ver-

änderliche Prädiktoren (z.B. die subjektive Symptombelastung) wie auch zeitlich unveränderliche Prädiktoren (z.B. das Geschlecht) in die Modelle einbezogen und deren Effekte auf die abhängige Variable getestet werden. In Bezug auf die Regressionsgleichung kann dieser Effekt als Gruppenunterschied im Achsenabschnitt (hypothetisches Beispiel: Frauen haben eine geringere subjektive Lebensqualität als Männer) und der Steigung (Frauen haben nach einem Klinikaufenthalt einen schnelleren Anstieg der subjektiven Lebensqualität) verstanden werden.

Bei der *Modellbildung* folge ich einer schrittweisen, datengeleiteten Suchstrategie, bei der ich mit einfachen Modellen beginne und diese sukzessive erweitere. Dies liegt auch deshalb nahe, weil es weder theoretische noch empirische Anhaltspunkte gibt, bestimmte statistische Zusammenhänge und Einflüsse – insbesondere multivariater Art – a priori zu postulieren und dann zu testen (vgl. 5.2). So wird für den Zeiteffekt und die Effekte der einzelnen Variablen der soziodemografischen, sozialen, psychosozialen und klinischen Prädiktorengruppen ein separates Modell errechnet (Einzelmodelle). Diejenigen Variablen mit signifikanten Koeffizienten in den Einzelmodellen werden dann innerhalb der Gruppe zusammen in einem Modell getestet (Gruppenmodelle), zum Schluss wird ein Modell mit allen in den Gruppenmodellen signifikanten Variablen berechnet (Gesamtmodell).

Die *qualitativen Interviews* werden mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet. Hierbei ist zwar das Material durch die Gesprächsführung anhand des Leitfadens vorstrukturiert, es werden aber keine vorformulierten Kategorien oder Ausprägungen an das Material herangetragen. Vielmehr sollen die Kategorien mittels einer inhaltlichen Strukturierung erstellt und so Aussagen über den Gegenstand (Lebensqualität) sowie über den emotionalen und kognitiven Bezug der Befragten dazu gewonnen werden.

7 Ergebnisse der quantitativen Erhebung

7.1 Analyse der Ausfälle

Die Analyse der Ausfälle bezieht sich auf den Vergleich zwischen der Gesamtstichprobe (n=289) und der Stichprobe für die vorliegende Untersuchung (n=183).

Obwohl die Dropout-Rate mit 37% relativ hoch ist, ergaben sich weder für die subjektive Lebensqualität noch für die soziodemographischen, sozialen, psychosozialen oder klinischen Prädiktoren statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Personen, die bei zwei oder drei Befragungen mitmachten und somit Teil der Stichprobe waren (n=183) und jenen Personen, die nur bei der ersten Erhebung teilnahmen und aus der Analyse ausgeschlossen wurden (n=106)⁵⁰. Aufgrund dieser Befunde gehe ich davon aus, dass sich die beiden Gruppen nicht systematisch unterscheiden (vgl. Singer & Willett, 2003, S.158). Auch innerhalb der Stichprobe bestehen keine statistischen Unterschiede zwischen den Personen, die an allen drei Befragungen teilnahmen (n=103), denjenigen, die nur bei der ersten und zweiten Befragung dabei waren (n=63), und denen, die bei der ersten und der dritten Befragung teilnahmen (n=17). Für die statistischen Modelle gehe ich deshalb von einer zufälligen Struktur der fehlenden Werte⁵¹ aus (Brown & Prescott, 1999; Tabachnik & Fidell, 2001; Twisk, 2003).

7.2 Deskriptive Statistiken

7.2.1 Lebensqualität

Der Mittelwert der subjektiven Lebensqualität stieg zwischen der ersten und zweiten Erhebung stark an, zwischen der zweiten und dritten Befragung gab es keinen weiteren Anstieg (Tab. 3)⁵². Auf Itemebene wird deutlich, dass folgende Bereiche als problematisch wahrgenommen wurden: die Fähigkeit, das Leben genießen zu können, Gefühle von Traurigkeit/Verzweiflung/Angst oder Depression, Benötigen von medizinischer Behandlung, Schlaf, Sexualität und Arbeitsfähigkeit (Tab. 3). Als wenig problematisch wurden die Bereiche Zugang zu Informationen, Gesundheitsversorgung, Verkehrsmittel und Fortbewegung eingeschätzt.

Ein Vergleich mit den Normen⁵³ (Tab. 4), die von Angermeyer und Matschinger (1998) für die deutsche Allgemeinbevölkerung eruiert und nach Alter und Geschlecht differenziert wurden, zeigte vor allem für die erste Befragung deutliche Unterschiede zwischen den Studienteilnehmenden und der Normierungsstichprobe. In der Zweit- und Drittbefragung bestanden ebenfalls Unterschiede, allerdings konnten aufgrund der kleinen Fallzahlen keine inferenzstatistischen Tests durchgeführt werden.

⁵⁰ Die beiden Gruppen wurden anhand der Daten aus der Erstbefragung verglichen, je nach Skalierung der Variablen mittels χ^2 -Tests oder t-Tests.

⁵¹ Missing at random (MAR).

⁵² Alle Angaben in den Tabellen sind eher als drei querschnittliche Stichprobenbeschreibungen zu verstehen. Die Aussagekraft bezüglich längsschnittlicher Veränderungen ist beschränkt, da sich zu den drei Zeitpunkten nur zum Teil dieselben Personen in den Stichproben finden (vgl. 6.2.2).

⁵³ Vergleich mittels One-Sample-t-Tests.

Tab. 3: Deskriptive Statistik der subjektiven Lebensqualität sowie der einzelnen Items des WHOQOL-Bref

Abhängige Variable	t1 (n=183)	t2 (n=162)	t3 (n=109)
Lebensqualität (0-100), Gesamtstichprobe	58,5 (14,1)	66,1 (13,6)	67,2 (14,5)
	% überhaupt nicht oder wenig		
Wie stark werden Sie durch Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun? (stark)	27,3	14,8	17,6
Wie gut können Sie ihr Leben genießen?	50,3	20,5	21,1
Wie gut können Sie sich konzentrieren?	24,7	18,6	13,8
Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen, um das tägliche Leben zu meistern? (sehr stark, stark)	55,5	49,1	53,2
Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem Leben?	27,6	14,3	13,0
Wie gesund sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet?	21,3	10,6	10,2
Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?	27,3	14,2	13,8
Können Sie Ihr Aussehen akzeptieren?	11,5	11,1	15,6
Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können?	31,3	25,3	23,9
Haben Sie Zugang zu den Informationen, die Sie für das tägliche Leben brauchen?	13,2	3,1	2,8
Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten?	27,9	11,9	16,7
	% sehr unzufrieden oder unzufrieden		
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf?	38,3	24,1	24,8
Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?	28,6	17,9	15,6
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können?	24,6	16,8	17,4
Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen?	29,5	21,3	13,8
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben?	55,6	37,2	39,6
Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Ihre Freunde?	19,4	12,4	7,4
Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Wohnbedingungen?	28,6	19,1	12,8
Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten, Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen zu können?	7,1	6,8	2,8
Wie zufrieden sind Sie mit den Verkehrsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen?	11,2	5,6	9,2
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitsfähigkeit?	45,1	21,6	20,4
Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression? (oft, immer)	51,4	28,0	27,5
Wie gut können Sie sich fortbewegen?	8,7	6,8	10,1
Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll? (überhaupt nicht, wenig)	26,5	21,9	17,9

Tab. 4: Vergleich der Lebensqualität der SIPSY-Teilnehmenden mit Normwerten

Alter		n	Frauen	Normwerte †	n	Männer	Normwerte
bis 25 Jahren	Lebensqualität t1	6 ††	67,2 (20,8)	76,6 (15,4)	25	62,3 (11,9) ***	75,5 (16,4)
	Lebensqualität t2	6	71,8 (9,8)		19	66,9 (12,9)	
	Lebensqualität t3	2	70,3 (19,9)		17	65,7 (14,9)	
26 - 35 Jahre	Lebensqualität t1	20	59,0 (16,6)**	72,5 (16,4)	35	60,0 (12,0) ***	74,2 (14,7)
	Lebensqualität t2	19	67,0 (13,5)		33	66,8 (10,6) ***	
	Lebensqualität t3	8	68,9 (16,7)		18	67,0 (13,2)	
36-45 Jahre	Lebensqualität t1	30	55,2 (15,2) ***	68,7 (18,1)	40	56,5 (15,1) ***	69,2 (18,2)
	Lebensqualität t2	28	62,8 (17,9)		32	66,4 (15,3)	
	Lebensqualität t3	21	67,2 (14,9)		24	66,3 (18,6)	
über 46 Jahre	Lebensqualität t1	14	56,1 (10,5)	68,1 (17,2)	13	58,9 (12,2)	64,3 (18,3)
	Lebensqualität t2	12	65,0 (12,3)		12	64,4 (9,7)	
	Lebensqualität t3	9	70,2 (10,5)		10	67,2 (8,9)	

† WHOQOL-Bref, Normwerte für die deutsche Allgemeinbevölkerung, differenziert nach Alter und Geschlecht (Angermeyer et al., 2000)

†† Bei Zellenbesetzungen unter 20 wurde kein t-Test durchgeführt.

** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$: One-sample-t-Tests, Vergleich der Normen mit den Mittelwerten der Teilnehmenden

7.2.2 Soziodemographische Variablen

Eine Übersicht über die soziodemografischen Variablen bietet Tabelle 5^{54,55}. Die Teilnehmenden der SIPSY-Studie waren bei der Erstbefragung im Schnitt 35,8 Jahre alt; knapp 40% der Teilnehmenden waren weiblich. Fast ein Viertel der Teilnehmenden hatten nur die obligatorische Schulzeit absolviert (23,5%), knapp 60% verfügten über einen Matura- oder Berufslehraabschluss, der Rest über einen Abschluss auf Hochschul-Niveau. Bei der *Wohnsituation* kam es zwischen der Erst- und Drittbefragung zu einem starken Anstieg der Personen, die in einer Institution wohnhaft waren (begleitetes Wohnen, Wohnheim u.Ä.), der Anteil der Personen, die mit anderen zusammen wohnen, nahm hingegen ab (insgesamt von 50% auf 34%). Beim Vergleich verschiedener Gruppen (Geschlecht, Alter, Diagnose, Ersthospitalisierung, Erkrankungsdauer) zeigten sich die deutlichsten Unterschiede zwischen Personen, die zum Zeitpunkt der Erstbefragung zum ersten Mal stationär in einer psychiatrischen Klinik behandelt wurden und solchen, die schon früher psychiatrisch hospitalisiert gewesen waren. Diese Unterschiede werden deshalb unter den vielfältigen Zusammenhängen herausgehoben.

Tab. 5: Deskriptive Statistik der soziodemografischen Prädiktoren

Soziodemografische Prädiktoren		t1	t2		t3		
Alter	Mittelwert, Standardabweichung	35,8 (8,4)	37,3 (8,2)		39,7 (8,5)		
	20 - 30 Jahre	25,1%	19,9%		17,5%		
	31 - 40 Jahre	36,1%	38,0%		30,0%		
	über 40 Jahre †	38,8%	42,2%		52,5%		
Geschlecht	weiblich	38,3%	39,8%		35,8%		
Bildung	keine abgeschl./obligatorische Schule	23,5%					
	Lehre/Gymnasium	58,5%					
	Fachhochschule/Universität	18,0%					
Wohnsituation †††		ersthosp.††	nicht ersth.	ersthosp.	nicht ersth.	ersthosp.	nicht ersth.
	allein	33,9%**	47,5%	28,6%**	38,2%	36,6%*	46,8%
	PartnerIn/Kinder/Eltern/andere Erw.	66,1%	41,7%	62,5%	35,5%	51,2%	25,3%
	Institution	0%	10,8%	8,9%	26,4%	12,2%	27,8%
Erwerbssituation †††		ersthosp.	nicht ersth.	ersthosp.	nicht ersth.	ersthosp.	nicht ersth.
	Arbeitsmarkt	65,0***	36,8%	62,3***	29,6%	55,3***	30,1%
	Aus-/Weiterbildung	11,7%	5,1%	7,5%	0,9%	13,2%	1,4%
	Arbeitsrehabilitation		6,0%	3,8%	6,5%	2,6%	2,7%
	geschützte Stelle		14,5%	3,8%	22,2%	7,9%	32,9%
	ohne Stelle	23,3%	37,6%	22,6%	40,5%	21,1%	32,9%

† t1: 7 Personen zwischen 50 und 52 Jahre alt; t2: 10 Personen zwischen 50 und 52 Jahre; t3: 14 Personen zwischen 50 und 55 Jahre alt

†† Zum ersten Mal psychiatrisch hospitalisiert vs. nicht zum ersten Mal hospitalisiert

††† χ^2 -Test über Kreuztabellen

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

⁵⁴ Um ein genaueres Bild der Zusammenhänge zwischen den soziodemografischen, sozialen, psychosozialen und klinischen Variablen zu bekommen, führte ich jeweils querschnittliche t-Tests, Korrelationstests, χ^2 -Tests und ANOVAs mit den einzelnen Prädiktorvariablen durch.

⁵⁵ In dieser und allen folgenden Tabellen werden aus Gründen der Übersichtlichkeit und Lesbarkeit der Tabellen Bezeichnungen, die Frauen und Männer betreffen (hier z.B. PartnerIn) im Gegensatz zum Text in der Darstellungsform mit dem grossen I angeführt

Personen, die zum wiederholten Mal psychiatrisch hospitalisiert waren, lebten häufiger allein oder in Institutionen (vgl. Tab. 5). Zudem lebten Frauen und Männer in unterschiedlichen Wohnsituationen, Frauen lebten häufiger mit anderen zusammen (zwischen 49% und 61%, Männer zwischen 26% und 43%) und weniger häufig in Institutionen (Frauen 1-11%, Männer 10-30%; t1: $p<0,05$; t2: $p<0,05$; t3: $p<0,01$).

In Bezug auf die *Erwerbstätigkeit* zeigte sich folgendes Bild: zum Zeitpunkt der ersten Befragung waren 46% der Teilnehmenden auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig, dieser Anteil sank bis zur dritten Befragung auf 39%. Während der Anteil der stellenlosen Personen relativ stabil blieb (ca. 30%), stieg der Anteil jener Personen, die im geschützten Rahmen arbeiteten, von anfänglich knapp 10% auf fast ein Viertel (25%). Wiederum zeigten sich die deutlichsten Unterschiede zwischen erstmals hospitalisierten Teilnehmenden und solchen, die früher schon in einer psychiatrischen Klinik gewesen waren. Letztere waren deutlich häufiger stellenlos oder arbeiteten in einer geschützten Werkstätte. Frauen und Männer unterschieden sich ebenfalls bezüglich der Erwerbssituation. So waren Männer zu Beginn der Untersuchung deutlich häufiger in geschützten Werkstätten tätig (12,7% gegenüber 4,5% bei den Frauen), dies glich sich aber bis zur dritten Befragung aus (Unterschiede insgesamt: t1: $p<0,10$; t2: $p<0,05$; t3: $p=ns$). Die diagnostischen Gruppen unterschieden sich bezüglich Erwerbssituation nur in der ersten Befragung. Personen mit einer affektiven Erkrankung waren zu diesem Zeitpunkt deutlich häufiger auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig (62% gegenüber 48,1%), während Personen mit einer Schizophrenie-Erkrankung häufiger in geschützten Stellen arbeiteten (20,8% gegenüber 2,8%; t1: $p<0,05$; t2/t3: $p=ns$).

Aus Tabelle 6 (nächste Seite) wird ersichtlich, dass die Studienteilnehmenden mit ihrem *Einkommen* weiter unter dem Median des Einkommens im Kanton Zürich lagen. Der Anteil der Personen, die hauptsächlich vom eigenen Verdienst lebten, sank von 41% auf 30%, der Anteil berenteter Personen stieg dagegen auf fast 50%. Weniger als 10% der Teilnehmenden lebten hauptsächlich von der Sozialhilfe oder von Geldern der Arbeitslosenversicherung. Von den soziodemografischen Prädiktoren hatte die Erwerbssituation den deutlichsten Zusammenhang mit dem Einkommen. Personen, die in geschütztem Rahmen arbeiteten, verfügten nur zu einem kleineren Teil über ein Einkommen, das 3125 SFr.⁵⁶ überschritt (t1: 13%; t2: 42,9%; t3: 23,3%), bei Personen ohne Stelle ist das Bild uneinheitlich (t1: 31,6% mit „hohem“ Einkommen; t2: 32,1%; t3: 53,1%). Aber auch Personen mit einem Arbeitsplatz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt verdienten oft weniger als 3125 SFr. (t1: 53,3% mit „hohem“ Einkommen; t2: 51,4%; t3: 61,2%)(t1: $p<0,001$; t2: $p<0,10$; t3: $p<0,01$)⁵⁷.

⁵⁶ 3125 Sfr.: Dabei handelt es sich um den Mittelwert der Mediane über die drei Erhebungszeitpunkte.

⁵⁷ Von den klinischen Variablen zeigten das Ersterkrankungsalter und die Medikamenteneinnahme einen Zusammenhang mit dem Einkommen allerdings nicht in allen drei Befragungen. Auf die Wiedergabe der Zahlen wird verzichtet.

Tab. 6: Einkommensquellen der Teilnehmenden

		t1	t2	t3
Einkommen †	Median	2750 SFr.	2750 SFr.	3500 SFr.
hauptsächliche Einkommensquelle % ††	eigener Verdienst	41,2%	40,0%	30,4%
	Verdienst von PartnerIn/Eltern	12,6%	13,3%	9,8%
	Rente (IV)	28,0%	36,0%	50,9%
	Sozialhilfe	5,5%	6,0%	2,7%
	Arbeitslosenversicherung	2,2%	1,3%	0,9%
	anderes (z.B. Vermögen)	1,6%	3,3%	5,4%

† Einkommen im Kt. Zürich (Median): 5659 SFr.

†† 50% oder mehr des Einkommens aus dieser Quelle; 16 Personen (8,8%) gaben bei der Pilotbefragung „Rente oder Sozialhilfe“ an, diese wurden keiner der beiden Kategorien zugeordnet.

7.2.3 Soziales Netz und soziale Unterstützung

Tabelle 7 gibt einen Überblick über die deskriptiven Statistiken der sozialen Prädiktoren. Beim sozialen Netz zeigte sich weder im Mittelwert noch in den Kategorien der sozialen Integration eine namhafte Veränderung im Verlauf der Studie. Der Anteil wenig integrierter Personen beträgt etwa ein Viertel. Auch bei den einzelnen Rollen ergaben sich keine Veränderungen. Etwas mehr als ein Drittel der Teilnehmenden (zwischen 34% und 43%) hatten einen festen Partner, etwas weniger als ein Drittel der Befragten (etwa 30%) hatten Kinder. Die grosse Mehrheit der Personen hatte nahe Verwandte, Freundinnen und Freunde sowie Arbeitskolleginnen und -kollegen. *Frauen* wiesen in der zweiten und dritten Befragung eine grössere Diversität (unterschiedliche Rollen) des sozialen Netzes auf (t2: $p<0,05$; t3: $p<0,001$). Sie hatten signifikant häufiger einen Partner oder Kinder (Partner t1: $p<0,05$; t2: $p<0,01$; t3: $p<0,001$ /Kinder t1: $p<0,01$; t2: $p<0,01$; t3: $p<0,05$), in den ersten zwei Befragungen jedoch weniger Arbeitskollegen oder -kolleginnen (t1, t2: $p<0,01$). Personen, die *allein oder in einer Institution wohnten*, hatten signifikant weniger soziale Rollen (t1: $p<0,01$; t2: $p<0,001$; t3: $p<0,001$). Allerdings hing die Wohnsituation auch mit dem Geschlecht zusammen (vgl. 7.2.1). Personen mit einer *Stelle auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt* hatten bei der Erstbefragung mehr Rollen als Personen ohne Stelle ($p<0,001$), in der zweiten Befragung hatten sie mehr Rollen als Personen ohne Stelle oder mit einem geschützten Arbeitsplatz ($p<0,001$ bzw. $p<0,05$). In der dritten Befragung hatten Personen mit einer Stelle auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder einer geschützten Stelle mehr Rollen als jene Personen ohne Stelle (beide $p<0,05$). In der ersten und zweiten Befragung zeigte sich auch ein Zusammenhang mit dem Einkommen, Personen mit höherem Einkommen hatten mehr soziale Rollen (t1/t2: $p<0,001$).

Bezüglich klinischer Variablen hatten Personen, die *vor dem 25. Lebensjahr erkrankt* waren, in der ersten und zweiten Befragung weniger soziale Rollen (t1: $p<0,05$; t2: $p<0,01$), in der dritten Erhebung zeigte sich kein Unterschied. Die *Anzahl bisheriger Hospitalisierungen* korrelierte in der zweiten und dritten Erhebung negativ mit der Anzahl sozialer Rollen (t2: $r=-0,27$, $p<0,01$; t3: $r=-0,27$, $p<0,01$). Ebenso korrelierten in der zweiten und dritten Befragung die Dauer der psychiatrischen Hospitalisierungen (in Tagen) mit der Anzahl sozialer Rollen (t2: $r=-0,21$, $p<0,01$; t3: $r=-0,20$, $p<0,05$).

Die *wahrgenommene soziale Unterstützung* veränderte sich im Verlaufe der Studie nicht. Keine der im obigen Abschnitt erwähnten Variablen wies einen Zusammenhang mit der sozialen Unterstützung auf, auch nicht die Diversität des sozialen Netzes. Die *Depressivitäts-Skala* aus der SCL-90 und dem BSI korreliert in der zweiten und dritten Befragung signifikant mit der wahrgenommenen sozialen Unterstützung ($t_2: r=-0,16, p<0,05$; $t_3: r=-0,20, p<0,05$).

Tab. 7: Deskriptive Statistik der sozialen Prädiktoren – soziale Integration und soziale Unterstützung

		t1	t2	t3
Soziales Netz/Diversität	Mittelwert, Standardabweichung	3,0 (1,1)	3,2 (1,0)	3,1 (1,0)
	gut integriert (4-5 Rollen)	31,7%	39,5%	29,4%
	mittel integriert (3)	39,3%	38,3%	45,0%
	wenig integriert (0-2)	29,0%	22,2%	25,7%
Einzelne Rollen (% Ja-Antworten)	PartnerIn	39,3%	42,9%	33,9%
	nahe Verwandte	81,3%	86,7%	82,2%
	Kinder	28,7%	31,5%	30,3%
	davon Kinder über 15 J.	12,1%	16,0%	15,6%
	FreundInnen	86,8%	93,2%	93,5%
	ArbeitskollegInnen	79,7%	82,6%	83,1%
	Mittelwert, Standardabweichung	3,34 (0,85)	3,34 (0,77)	3,43 (0,74)
Soziale Unterstützung [†]				

[†] Skala von 0 bis 5

7.2.4 Stigmatisierung

Wie für die soziale Unterstützung ergaben sich auch für die Kennwerte der Stigmatisierung – wahrgenommene Stigmatisierung, defensives Stigma-Coping, stigmatisierende Erfahrungen – keine Veränderungen über die Zeit (Tab. 8). In der Erstbefragung zeigte sich, dass Personen, die *allein wohnten*, sich stärker stigmatisiert fühlten als solche, die mit anderen zusammen wohnten (ANOVA $p>0,05$; Gruppenunterschied $p>0,05$). Die *Anzahl der Hospitalisierungen* korrelierte bei der Erst- und Drittbefragung signifikant mit der wahrgenommenen Stigmatisierung ($t_1: r=0,24, p<0,01$; $t_2: r=0,14, p=ns$; $t_3: r=0,24, p>0,05$). Wahrgenommene Stigmatisierung korrelierte in allen drei Befragungen signifikant mit den Werten der *SCL-90-R* (r zwischen 0,16 und 0,27, p mindestens $<0,05$). Ausnahmen bildeten die Anzahl der Symptome in der Erst- und Drittbefragung sowie die Intensität der Belastung in der Drittbefragung. In der Zweitbefragung korrelierte die wahrgenommene Stigmatisierung zudem mit der *sozialen Unterstützung* ($r=-0,19, p<0,05$).

Tab. 8: Deskriptive Statistik der psychosozialen Prädiktoren – Stigmatisierung

		t1	t2	t3
Stigmatisierung (1-5)	Mittelwert, Standardabweichung	3,28 (0,8)	3,14 (0,8)	3,30 (0,8)
Defensives Stigma-Coping (1-5)	Mittelwert, Standardabweichung	2,91 (1,0)	2,91 (0,9)	2,88 (1,0)
Stigmatisierende Erfahrungen	% Ja-Antworten insgesamt	58,7%	60,5%	63,0%
	Zimmer/Wohnung verweigert	6,4%	7,0%	9,3%
	nie wieder arbeitsfähig	11,9%	13,7%	11,4%
	Arbeitsstelle nicht bekommen	23,8%	19,6%	21,7%
	von Freunden anders behandelt	39,7%	38,9%	44,4%
	von anderen gemieden	40,8%	28,6%	34,3%

In Bezug auf *defensives Stigma-Coping* wiesen *Frauen* in der Zweit- und Drittbefragung höhere Ausprägungen auf (t1: $p < 0,05$; t2: $p < 0,10$). Auch hier zeigten sich in allen drei Befragungen signifikante Korrelationen zu den fünf Skalen der *SCL-90-R* (r zwischen 0,20 und 0,23; p mindestens $< 0,05$). *Defensives Stigma-Coping* korrelierte in der Erst- und Zweitbefragung negativ mit *sozialer Unterstützung* (t1/t2: $r = -0,16$, $p < 0,05$), zudem in allen drei Befragungen mit *wahrgenommener Stigmatisierung* (t1: $r = 0,26$, $p < 0,01$; t2: $r = 0,41$, $p < 0,01$; t3: $r = 0,33$; $p < 0,01$).

Knapp zwei Drittel der befragten Personen hatten schon einmal stigmatisierende Erfahrungen gemacht (Tab. 8; 59% bis 63%). Am häufigsten gaben die Teilnehmenden an, wegen ihrer Erkrankung von anderen gemieden worden (29%-41%) oder von Freunden anders behandelt worden zu sein (39% bis 44%), ein Fünftel hatte wegen der Erkrankung schon einmal eine Arbeitsstelle nicht bekommen (20%-24%). Bei den klinischen Variablen zeigte sich, dass Personen mit einer grösseren Anzahl Hospitalisierungen eher schon stigmatisierende Erfahrungen gemacht hatten (t1: $r = 0,27$, $p < 0,01$; t2: $r = 0,35$, $p < 0,01$; t3: $r = 0,28$, $p < 0,01$). Die Dauer der Hospitalisierungen im vergangenen Jahr wies nur in der dritten Befragung einen Zusammenhang mit den Stigmaerfahrungen auf, Personen mit längeren Psychiatrieaufenthalten hatten eher solche Erfahrungen gemacht ($p < 0,01$). Personen, die mehr Medikamente nehmen mussten, hatten ebenfalls häufiger stigmatisierende Erfahrungen gemacht (ANOVA $p < 0,01$; Gruppenunterschiede: keine oder 1-2 Medikamente gegenüber mehr als 2 Medikamenten $p < 0,05$). In der Erstbefragung korrelierten die Stigmaerfahrungen mit allen Kennwerten der *SCL-90-R* (r zwischen 0,21 und 0,29; p mindestens $< 0,05$). In der zweiten Befragung zeigte sich nur noch ein Zusammenhang mit der Intensität der Belastung ($r = 0,19$, $p < 0,05$). Ein negativer Zusammenhang fand sich in der Zweit- und Drittbefragung zwischen Stigmaerfahrungen und der *Diversität des sozialen Netzes* (t2: $r = -0,19$, $p < 0,05$; t3: $r = -0,27$, $p < 0,01$). Stigmatisierende Erfahrungen hingen in der zweiten und dritten Befragung mit *wahrgenommener Stigmatisierung* zusammen (t2: $r = -0,30$, $p < 0,01$; t3: $r = -0,34$, $p < 0,01$), jedoch nicht mit defensivem Stigma-Coping.

7.2.5 Lebensereignisse

Tabelle 9 zeigt die *Anzahl der Lebensereignisse* in den vergangenen zwölf Monaten für die drei Befragungen sowie die *subjektiv empfundene Belastung* durch diese Ereignisse zurzeit ihres Auftretens sowie zum Zeitpunkt der SIPSY-Befragung. Die Anzahl Lebensereignisse (in den letzten zwölf Monaten) nahm im Laufe der Studie ab, während die Belastung zunahm, d.h. dass zum Zeitpunkt der Drittbefragung Lebensereignisse in der Tendenz als stärker belastend wahrgenommen wurden.

Tab. 9: Deskriptive Statistik der psychosozialen Prädiktoren – Lebensereignisse in den letzten zwölf Monaten

		t1	t2	t3
Anzahl Lebensereignisse (0-14)	Mittelwert, Standardabweichung	4,8 (2,4)	3,7 (2,0)	3,6 (2,4)
	0-2 Lebensereignisse	19,2%	28,4%	36,1%
	3-5 Lebensereignisse	41,8%	50,6%	43,5%
	über 5 Lebensereignisse	39,0%	21%	20,4%
Kraft z. Z. der Ereignisse (0-4)	Mittelwert, Standardabweichung	1,78 (0,8)	2,42 (1,0)	2,34 (1,1)
Belastung z. Z. des Interviews (0-4)	Mittelwert, Standardabweichung	1,08 (0,9)	1,38 (1,0)	1,47 (1,0)

Frauen berichteten in allen drei Befragungen von mehr Lebensereignissen (t1: $p < 0,001$; t2: $p < 0,01$; t3: $p < 0,10$). Bei der ersten Befragung wies auch die *Wohnsituation* einen Zusammenhang mit der Anzahl Lebensereignisse auf (ANOVA $p < 0,001$): Personen, die in Institutionen wohnten, berichteten über weniger Ereignisse als Personen, die allein oder mit anderen zusammen lebten ($p < 0,05$ bzw. $p < 0,01$). Die *Arbeitssituation* hing nur bei der Zweitbefragung mit der Anzahl der Lebensereignisse zusammen (ANOVA $p < 0,05$). Personen, die in einer geschützten Stelle arbeiteten, berichten über weniger Lebensereignisse als jene mit einer Stelle auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ($p < 0,05$). Bei den klinischen Variablen korrelierte die Anzahl der Ereignisse in der zweiten und dritten Befragung mit den Kennwerten der *SCL-90-R/BSI* (t2: r zwischen 0,22 und 0,30, p mindestens $< 0,01$; t3: r zwischen 0,20 und 0,34, p mindestens $< 0,01$).

Wie bei der Anzahl Lebensereignisse zeigten *Frauen* auch höhere *subjektive Belastungen*, dies jedoch nicht durchgehend (t1: Kraft gekostet $p < 0,05$; t3: Belastung heute $p < 0,05$). Für die anderen soziodemografischen Variablen zeigten sich ebenfalls keine konstanten Effekte. Personen mit einer *affektiven Störung* fühlten sich bei der Erstbefragung zum Zeitpunkt der Befragungen stärker belastet ($p < 0,05$), dasselbe trifft auf Personen mit einem *späten Erkrankungsbeginn* zu ($p < 0,05$). Die Anzahl benötigter *Medikamente* stand in der Erst- und Zweitbefragung in einem positiven statistischen Zusammenhang mit der Belastung zurzeit des Auftretens der Lebensereignisse (t1/t2: ANOVA $p < 0,05$; Gruppenunterschied 1-2 Medikamente gegenüber mehr als 2 Medikamente $p < 0,05$). Das Gleiche gilt für die zurzeit der Befragung eingeschätzte Belastung (ANOVA t1: $p < 0,01$; t2: $p < 0,001$; t3: $p < 0,01$). Personen, die mehr als zwei Medikamente einnahmen, fühlten sich belasteter als jene ohne Medikamente bzw. mit einem oder zwei Medikamenten (Gruppenunterschied 2 und mehr Medikamente gegenüber keinem oder 1-2 Medikamenten t1: $p < 0,05$ bzw. $p < 0,01$; t2: $p < 0,01$ bzw. $p < 0,001$; t3: zwei und mehr Medikamente gegenüber 1-2 Medikamenten $p < 0,05$). Sowohl die Kraft- wie auch die Belastungsvariable korrelierten in allen drei Befragungen mit allen Kennwerten der *SCL-90-R/BSI* (r zwischen 0,24 und 0,69; alle: $p < 0,01$). Die wahrgenommene Stigmatisierung korrelierte in der ersten Erhebung mit der Kraftvariable ($r = 0,16$, $p < 0,05$), in der dritten Erhebung mit der Belastung zurzeit der Befragung ($r = 0,29$, $p < 0,01$). *Defensives Stigma-Coping* korrelierte in der ersten Befragung mit der Kraft- und der Belastungsvariable ($r = 0,20$ bzw. $r = 0,25$, beide $p < 0,01$), in der dritten Befragung nur noch mit der Belastung zurzeit der Befragung ($r = 0,28$, $p < 0,05$). *Stigmatisierende Erfahrungen* zeigten in der Erst- und Zweitbefragung einen Zusammenhang mit der Kraftvariable (t1: $r = 0,24$; t2 $r = 0,25$; beide $p < 0,01$), in der Zweit- und Drittbefragung korrelierten sie mit der Belastungsvariable (t2/t3: $r = 0,20$, $p < 0,01$). Die Anzahl der Lebensereignisse korrelierte mit der Kraftvariable in allen drei Befragungen (r zwischen 0,26 und 0,34, alle: $p < 0,01$), mit der Belastungsvariable nur in der zweiten und dritten Befragung (t2/t3: $r = 0,32$, $p < 0,01$). Zwischen der Kraft- und der Belastungsvariable bestand ein enger Zusammenhang (t1: $r = 0,61$, $p < 0,01$; t2: $r = 0,58$, $p < 0,01$; t3: $r = 0,59$, $p < 0,01$).

7.2.6 Klinische Variablen

Einen Überblick über die erhobenen klinischen Variablen gibt Tabelle 10. 61% der teilnehmenden Personen hatten die *Diagnose* einer schizophrenen Erkrankung, 39% die Diagnose einer affektiven Erkrankung. Frauen waren signifikant häufiger von affektiven Erkrankungen betroffen ($p<0,01$). Etwas weniger als die Hälfte der Teilnehmenden (44%) waren im *Alter von unter 25 Jahren zum ersten Mal erkrankt*. Auch hier zeigten sich Geschlechtsunterschiede. Während bei der Hälfte der Männer (51,8%) die Erkrankung vor dem 25. Lebensjahr begann, waren dies bei den Frauen in nur 32,8% der Fall ($p<0,05$). Das Ersterkrankungsalter hing mit der Diagnose zusammen. 53,2% der Personen mit einer Schizophrenie waren vor dem 25. Lebensjahr zum ersten Mal erkrankt, bei Personen mit einer affektiven Erkrankung waren es nur 30,9% ($p<0,01$).

Tab. 10: Deskriptive Statistik der klinischen Prädiktoren

		t1	t2	t3
Diagnose	Männer F2 (Schizophrenien)	69,0%**		
	F3 (Affektive Erkrankungen)	31,0%		
	Frauen F2 (Schizophrenien)	48,6%		
	F3 (Affektive Erkrankungen)	51,4%		
Ersterkrankungsalter	bis 25 Jahre	44,4%		
	nach 25 Jahren	55,6%		
Erkrankungsdauer (psychische Beschwerden)	unter drei Jahren	37,2%		
	drei bis zehn Jahre	22,4%		
	über zehn Jahre	40,4%		
Hospitalisierungen	Anzahl	1 – 41		
	Mittelwert, StD	5,2 (6,1)		
Dauer der Hospitalisierungen letztes Jahr	nicht hospitalisiert	76,5%	65,7%	66,7%
	bis zwei Monate	13,1%	15,7%	16,7%
	über zwei Monate	10,4%	18,6%	16,6%
Psychopharmaka/Medikamente	keine	24,6%	15,7%	15,0%
	ein bis zwei	51,9%	55,0%	47,5%
	mehr als zwei	23,5%	28,3%	37,5%
Alkohol	nicht/selten/wenig	76,0%	78,8%	67,2%
	selten viel/häufig wenig	11,3%	15,8%	22,7%
	häufig viel	12,7%	5,5%	10,1%
SCL-90-R/BSI Psychische Belastung GSI	Mittelwert, Standardabweichung	1,11 (0,68)	0,71 (0,57)	0,79 (0,65)
	F2	1,04 (0,67)	0,62 (0,44)	0,69 (0,57)
	F3	1,22 (0,69)	0,85 (0,70)*	0,95 (0,72)*
SCL-90-R/BSI Anzahl Symptome PST†	Mittelwert, Standardabweichung	48,6 (20,4)	36,9 (20,2)	24,1 (13,1)
	F2	46,6 (20,7)	35,3 (19,7)	22,9 (13,4)
	F3	51,8 (19,9)	39,6 (20,9)	26,0 (12,7)
SCL-90-R/BSI Intensität der Belastung PSDI	Mittelwert, Standardabweichung	1,89 (0,58)	1,57 (0,52)	1,58 (0,64)
	F2	1,84 (0,59)	1,49 (0,45)	1,47 (0,63)
	F3	1,96 (0,56)	1,69 (0,61)*	1,75 (0,61)*
SCL-90-R/BSI Depressivität	Mittelwert, Standardabweichung	1,38 (0,88)	0,93 (0,73)	0,90 (0,88)
	F2	1,17 (0,80)	0,79 (0,58)	0,68 (0,71)
	F3	1,71 (0,91)***	1,14 (0,89)**	1,24 (1,01)**
SCL-90-R/BSI Ängstlichkeit	Mittelwert, Standardabweichung	1,14 (0,82)	0,66 (0,69)	0,84 (0,85)
	F2	1,08 (0,80)	0,56 (0,57)	0,68 (0,72)*
	F3	1,24 (0,85)	0,82 (0,84)*	1,09 (0,97)*

† Die SCL-90-R erhebt 90 Symptome, das BSI 53.

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

37% der Personen waren *seit drei oder weniger Jahren psychisch erkrankt*⁵⁸, bei 23% waren es zwischen drei und zehn Jahren, während 40% seit mehr als zehn Jahren mit der Erkrankung lebten. Hier ergaben sich Unterschiede zwischen den diagnostischen Gruppen⁵⁹. Personen mit einer Schizophrenie-Diagnose waren eher länger erkrankt: 33% dieser Gruppe hatte eine Erkrankungsdauer unter drei Jahren (affektive Erkrankungen: 43,7%), 19,6% waren zwischen drei und zehn Jahren erkrankt (affektive Erkrankungen: 26,8%) und fast die Hälfte (47,3%) seit mehr als zehn Jahren (affektive Erkrankungen: 29,6%; $p < 0,10$). Bei der *Anzahl der bisherigen Hospitalisierungen* zeigte sich eine grosse Bandbreite (1-41 Mal), im Schnitt waren die Teilnehmenden bei der ersten Befragung zum fünften Mal in einer psychiatrischen Klinik. Personen mit einer affektiven Erkrankung waren bei der Erstbefragung signifikant häufiger zum ersten Mal hospitalisiert (53,5% gegenüber 21,4% der Personen mit einer Schizophrenie; $p < 0,001$). Auch das Ersterkrankungsalter hing mit den Hospitalisierungen zusammen. So waren Personen, die vor dem 25. Lebensjahr erkrankten, bei der Erstbefragung signifikant häufiger nicht zum ersten Mal in einer Klinik (81% gegenüber 52% der Personen mit Erkrankungsbeginn nach 25 Jahren; $p < 0,001$). Der Anteil jener Personen, die in den zwölf Monaten vor der ersten Befragung nicht hospitalisiert gewesen waren, betrug knapp drei Viertel (76%), in der Zweit- und Drittbefragung waren es zwei Drittel (ca. 66%). Die Anzahl der Hospitalisierungen und deren gesamte Dauer (in Tagen) korrelierten signifikant (t1: $r = 0,41$, $p < 0,001$; t2: $r = 0,24$, $p < 0,01$; t3: $r = 0,27$, $p < 0,01$).

Zu Beginn der Studie nahm ein Viertel (25%) der Teilnehmenden keine *Medikamente*, dieser Anteil sank auf 15% in der dritten Befragung. Etwa die Hälfte der Personen nahm ein oder zwei psychopharmazeutische Medikamente ein, der Anteil derjenigen, die mehr als zwei Medikamente einnahmen mussten, stieg von 24% auf 38%. Personen, die länger erkrankt waren, nahmen häufiger Medikamente (Kendall's Tau-Beta t1: 0,12, $p < 0,10$; t2: 0,27, $p < 0,001$; t3: 0,27, $p < 0,01$). In der zweiten und dritten Befragung zeigte sich ein Zusammenhang zwischen der Dauer der Psychatrieaufenthalte und der benötigten Medikamente (Kendall's Tau-Beta t2: 0,25, $p < 0,001$; t3: 0,14, $p < 0,10$). Die Mehrheit der Teilnehmenden konsumierte keinen oder wenig *Alkohol* (zwischen 67% und 76%), wobei sich kein Zusammenhang mit anderen Variablen zeigte.

Bei allen Kennwerten der *SCL-90-R/BSI* zeigte sich zwischen der ersten und zweiten Befragung ein deutlicher Rückgang der subjektiven Belastung. Von den psychosozialen Variablen zeigte die *Erwerbsituation* in der Zweit- und Drittbefragung einen signifikanten Zusammenhang mit Kennwerten der SCL-90-R und des BSI. Für die Zweitbefragung ergab sich ein signifikanter Zusammenhang für den GSI (Psychische Belastung; $p < 0,05$)⁶⁰, die Bonferroni-korrigierten Post-hoc-Tests zeigten keine Gruppenunterschiede. In Bezug auf die Intensität der psychischen Belastung (PSDI) ergab sich ebenfalls ein signifikanter Unterschied ($p < 0,01$), und zwar dahingehend, dass Personen mit einer Stelle auf

⁵⁸ Diese Zahlen beziehen sich auf die Frage, vor wie vielen Jahren die befragten Personen zum ersten Mal wegen psychischer Probleme in Behandlung gewesen waren (vgl. 6.2.3.5). Für die Variable, die die Erkrankungsdauer anhand der ersten Hospitalisierung misst, ergaben sich bezüglich der diagnostischen Gruppen die gleichen Ergebnisse.

⁵⁹ Es zeigte sich ein starker Zusammenhang mit dem Alter. Da dieser Befund logisch ist, wird auf eine Wiedergabe der entsprechenden Zahlen verzichtet.

⁶⁰ Auf die Wiedergabe der Zahlen wird zugunsten der Lesbarkeit verzichtet.

dem allgemeinen Arbeitsmarkt subjektiv weniger stark belastet waren als Personen ohne Stelle ($p < 0,01$). In Bezug auf depressive Symptome fühlten sich Personen in einer geschützten Stelle deutlich stärker belastet als Personen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (ANOVA Depressivitätsskala: $p < 0,05$). In der dritten Befragung wiesen Personen ohne Stelle sowohl beim GSI wie auch bei den depressiven Symptomen signifikant höhere Belastungen auf (ANOVAs: GSI $p < 0,01$ bzw. Depressivitätsskala $p < 0,05$; Gruppenunterschiede GSI $p < 0,01$ bzw. Depressivitätsskala $p < 0,05$). Bei den *klinischen Variablen* zeigten sich bis auf die Anzahl Symptome signifikante Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen (vgl. Tab. 10), abgesehen von der Depressivitätsskala aber nur in der zweiten und dritten Befragung. Auch in Bezug auf die Einnahme von Medikamenten ergaben sich Unterschiede zwischen den Gruppen. Die ANOVAs ergaben in den drei Befragungen für alle Kennwerte signifikante Resultate (t1: alle $p < 0,01$, t2/t3: alle $p < 0,001$). Personen, die mehr als zwei Medikamente einnehmen mussten, zeigten durchgehend höhere Belastungen als die anderen beiden Gruppen (in allen Post-hoc-Tests ist $p < 0,01$).

In Tabelle 11 werden die Werte getrennt nach Geschlecht mit den *T-Werten der Normierungsstichprobe* (Franke, 1995, 2000) verglichen. Die T-Werte der Studienteilnehmenden lagen im oberen bzw. über dem Normbereich von 40-60. Eine Schwierigkeit ergibt sich beim Vergleich der SCL- mit den BSI-Normwerten. Die Kennwerte des BSI werden mit weniger Items als die SCL berechnet. Aus der Tabelle wird bei beiden Geschlechtern die oben beschriebene Stabilisierung bzw. ein minimaler Wiederanstieg der absoluten Werte zwischen der Zweit- und Drittbefragung ersichtlich. Der Verlauf der T-Werte entspricht diesem Bild jedoch nicht. In der Tabelle sind für die Drittbefragung deshalb zusätzlich die Normwerte der SCL wiedergegeben. Tabelle 11 zeigt, dass sowohl Frauen wie Männer in der Erstbefragung für alle Kennwerte T-Werte deutlich über der Norm von 60 aufwiesen. Obwohl es im weiteren Verlauf der Studie zu einem Rückgang der subjektiven Symptombelastung kommt, liegen die Werte weiterhin *ober- oder knapp unterhalb des Normbereichs*. Für die absoluten Werte ergaben t-Tests Unterschiede zwischen Frauen und Männern für die psychische Belastung (GSI), die Intensität der Belastung (PSDI) und die Ängstlichkeits-Skala. Diese betreffen ausschliesslich die erste Befragung und liegen nur im Trendbereich ($0,05 < p < 0,10$).

Tab. 11: Vergleich der SCL-90-R-Kennwerte mit T-Werten der Normierungs-Stichprobe

		GSI		PST		PSDI		Depressivität		Ängstlichkeit	
		Psychische Belastung		Anzahl Symptome		Intensität d. Belastung					
		Wert	T [†]	Wert	T	Wert	T	Wert	T	Wert	T
Frauen^{††}	t1	1,2 (0,7)	65	51,3 (18,8)	62	2,00 (0,6)	64	1,5 (0,90)	66	1,3 (0,81)	65
	t2	0,7 (0,5)	60	36,4 (18,6)	56	1,6 (0,6)	62	1,0 (0,8)	62	0,6 (0,6)	58
	t3^{†††}	0,8 (0,6)	68(61)	23,6 (11,4)	63	1,6 (0,7)	64(61)	0,8 (0,9)	63(60)	0,8 (0,8)	61(60)
Männer^{††}	t1	1,0 (0,7)	67	46,9 (21,1)	66	1,8 (0,6)	64	1,3 (0,9)	68	1,0 (0,8)	69
	t2	0,7 (0,6)	64	37,2 (21,3)	61	1,5 (0,5)	59	0,9 (0,7)	63	0,7 (0,7)	64
	t3	0,8 (0,9)	68(64)	24,4 (14,2)	63	1,6 (0,6)	64(59)	0,9 (0,9)	68(64)	0,8 (0,9)	64(65)

[†] T-Werte, Mittelwert 50, Standardabweichung 10, Normbereich 40-60

^{††} Frauen: t1: n=71; t2: n=66; t3: n=40/Männer: t1: n=110; t2: n=97; t3: n=69

^{†††} Werte der BSI-Normierung, in Klammern entsprechende Werte der SCL-90-R-Normierung

7.3 Mehrebenen-Analysen zur subjektiven Lebensqualität

7.3.1 Unkonditionierte Modelle

Wie in Kapitel 6.2.4.4 beschrieben, werden zuerst zwei einfache Modelle spezifiziert, anhand derer ich auch die relevanten Parameter und ihre Bedeutung erläutere. Das erste Modell (Tab. 12⁶¹) beschreibt noch keine Veränderung über die Zeit, sondern dient dazu, das Ausmass der *Variation der abhängigen Variablen* abzuschätzen („unconditional means model“; Singer, 2002; Singer & Willett, 2003). Da angenommen werden kann, dass sich die Personen bezüglich ihres Anfangswertes (Achsenabschnitt) unterscheiden, fließt dieser als – einziger – Zufallseffekt in das Modell ein.

Tab. 12: „Unconditional means model“: Variation der abhängigen Variable

Abhängige Variable	Fixed effects	(SE)	G-Matrix	Residual	Model fit
Lebensqualität (1-100)	Achsenabschnitt	62,93*** (0,90)	101,56***	112,28***	-2LL 3636,2 AIC 3642,2 BIC 3651,9

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$
n=453

Die Ausprägung des Achsenabschnittes bedeutet in diesem Modell, dass die „durchschnittliche“ Person über alle Messzeitpunkte eine subjektive Lebensqualität von 62,93 aufwies, und dass diese sich signifikant ($p < 0,001$) von 0 unterscheidet. Von grösserem Interesse sind in diesem Modell die Werte für den Zufallseffekt und das Residual. Der Wert 101,56 entspricht dem Parameter τ_{00} aus Gleichung 2.2 (Kap. 6.2.4.3) und erfasst die Varianz *zwischen* den Personen. Der Residualwert (112,28) beschreibt die Varianz *innerhalb* der Person (über die Zeitpunkte hinweg) und repräsentiert den Parameter σ^2 , d.h. die Varianz der Fehlerkomponenten auf individueller Ebene. Die Signifikanztests prüfen die Nullhypothesen, dass diese Parameter in der Population 0 sind. Signifikanz in Bezug auf τ_{00} bedeutet, dass sich die Personen hinsichtlich ihrer subjektiven Lebensqualität unterscheiden; in Bezug auf σ^2 , dass sich die Werte für die subjektive Lebensqualität einer Person zwischen den Erhebungszeitpunkten unterscheiden. Zusätzlich kann aus den beiden Zahlen die „intraclass correlation“ berechnet werden, ein Mass für den Anteil der Gesamtvarianz, der *zwischen* Personen ist. Hier ist es etwa die Hälfte⁶². Die Zahl n=453 bezieht sich auf die ins Modell einbezogenen Datenpunkte. Die Kennwerte zur Passung des Modells („model fit“) sind nur im Vergleich mit anderen Modellen interpretierbar (vgl. 6.2.4.4).

Als nächstes wird ein einfaches Modell der *linearen Veränderung* spezifiziert („unconditional linear growth model“), das den Zusammenhang der subjektiven Lebensqualität mit der Zeit bzw. deren Veränderung über die Zeit erfasst (Tab. 13). Die Zeit wird als fester („fixed“), linearer Effekt einbezogen. Unter der Annahme, dass sich Personen hinsichtlich Achsenabschnitt und Ausmass der Veränderung

⁶¹ Auf die Wiedergabe von t- bzw. F-Werten und Freiheitsgraden wird aus Gründen der Übersichtlichkeit der Tabellen verzichtet. Die Darstellung folgt Brown und Prescott (1999).

⁶² $101,56 / (101,56 + 112,28) = 0,47$.

(Steigung) unterscheiden, werden diese Parameter auch als Zufallseffekte modelliert. In diesem Modell beträgt der „mittlere“ Achsenabschnitt für die Stichprobe 59,89, dies entspricht dem Parameter β_{00} in der Gleichung 3. Der signifikante Koeffizient 2,50 ($p < 0,001$) bezieht sich auf den Term $\beta_{10}TIME_{it}$ (Gleichung 3). Da die Zeiteinheit im Datensatz auf 1 Jahr festgelegt wurde, muss der Koeffizient nicht multipliziert werden. Der Kennwert zeigt demnach, dass *die durchschnittliche Lebensqualität der Studienteilnehmenden pro Jahr um 2,5 Punkte anstieg*. Die Werte für die Varianz im Achsenabschnitt und in der Steigung betragen 98,98 bzw. 3,28, die Kovarianz von Achsenabschnitt und Steigung 1,69. Die Statistiken der Modellpassung deuten darauf hin, dass dieses Modell die Daten besser repräsentiert⁶³.

Tab. 13: „Unconditional linear growth model 1“: Veränderung der abhängigen Variable über die Zeit

Abhängige Variable	Fixed effects	(SE)	G-Matrix	Residual	Model fit
Lebensqualität (1-100)	Achsenabschnitt	59,89*** (0,97)	98,98***	89,52***	-2LL 3594,0
	Zeit	2,50*** (0,39)	1,69 3,28		AIC 3606,0
					BIC 3625,2

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$
n=453

Da die deskriptive Statistik (vgl. Tab. 3) darauf hinweist, dass der Anstieg der subjektiven Lebensqualität zwischen der ersten und zweiten Befragung viel stärker war als zwischen der zweiten und dritten Befragung, und es zudem nicht plausibel ist, dass die Lebensqualität linear immer weiter ansteigt, habe ich in einem weiteren Modell zusätzlich einen *quadratischen Term für den zeitlichen Verlauf* einbezogen (Tab. 14). Dieser wurde sowohl als fester wie auch als Zufallseffekt modelliert. In diesem Modell zeigt sich der lineare Zeiteffekt viel stärker (7,33; $p < 0,001$). Der negative quadratische Trend (-1,53; $p < 0,001$) kann als „*Abflachung*“ *des linearen Anstiegs im Verlauf der Studie* verstanden werden. Die Kennwerte der Modellpassung zeigen, dass dieses Modell die Daten besser repräsentiert als jenes, in dem nur ein linearer Zeiteffekt modelliert wird. An dieser Stelle wird noch einmal auf Elemente der Varianz-Kovarianz-Matrix eingegangen, in den weiteren Modellen werden diese nicht mehr speziell erwähnt. Als Zufallseffekte werden für alle Modelle Achsenabschnitt, zeitliche Veränderung bzw. Zeit (Steigung) und der quadratische Zeitterm beibehalten⁶⁴. Die Kovarianz zwischen Achsenabschnitt und Steigung beträgt -80,95 und ist signifikant. Dies bedeutet, dass Personen mit einem tieferen Ausgangswert einen stärkeren Anstieg aufwiesen als jene mit höheren Ausgangswerten – ein Effekt, der auch als „Regression zur Mitte“ bekannt ist. Der Vergleich der Residualwerte σ^2 zwischen dem vorhergehenden und diesem Modell ergibt Anhaltspunkte, wieviel der Varianz *innerhalb* der Person durch die einbezogenen zeitlichen Prädiktoren erklärt wird. Für das Modell in Tabelle 14 beträgt dieser Wert 72% $((89,52 - 25,32) / 89,52 = 0,717)$.

⁶³ Für alle Kennwerte gilt: „Kleiner ist besser“.

⁶⁴ Die Berechnung von Signifikanztests für die Varianz- und Kovarianzparameter ist umstritten (Singer, 2002). Obwohl bei grösseren Stichproben als weniger problematisch beurteilt (ebd.), wird in den folgenden Modellen deshalb darauf verzichtet.

Tab. 14: „Unconditional linear growth model 2“, Veränderung der abhängigen Variable über die Zeit

Abhängige Variable	Fixed effects	(SE)	G-Matrix	Residual	Model fit
Lebensqualität (1-100)	Achsenabschnitt	58,55*** (1,04)	170,93***	25,32*	-2LL 3550,0
	Zeit	7,33*** (1,21)	-80,95** 181,69***		AIC 3570,2
	Zeit ²	-1,53*** (0,31)	17,68* -41,86** 9,99***		BIC 3602,3

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

n=453

Zugunsten der Lesbarkeit und Überschaubarkeit der Resultate beschränke ich mich in den folgenden Abschnitten darauf, für diejenigen Parameter die Modelle wiederzugeben, für die sich signifikante Ergebnisse ergaben (vgl. Singer & Willett, 2003). Die anderen Modelle sind im Anhang VII zu finden. In allen Modellen wurde der Effekt des Prädiktors sowie dessen Interaktion mit der Zeit (unterschiedliche Steigungen bzw. unterschiedliches Ausmass der Veränderung) berechnet. In den meisten Fällen ergaben diese Interaktionen jedoch keine signifikanten Koeffizienten. Deshalb wurden diese Terme aus den Modellen wieder entfernt und die Modelle erneut berechnet.

7.3.2 Soziodemographische Prädiktoren

7.3.1.1 Erwerbssituation

Als einziger der soziodemografischen Prädiktoren⁶⁵ hatte die *Erwerbssituation* einen Effekt auf die subjektive Lebensqualität (Tab. 15). In den Koeffizienten für den Anfangsstatus (Achsenabschnitt) und für die Veränderung der subjektiven Lebensqualität (Steigung) zeigten sich gegenüber dem vorhergehenden Modell kaum Unterschiede. Personen mit einer Stelle auf dem ersten Arbeitsmarkt wiesen gegenüber Personen ohne Stelle (Referenzgruppe) im Schnitt eine um 4,48 ($p < 0,01$) höhere subjektive Lebensqualität auf. Für Personen in geschützten Arbeitsplätzen trifft dies nicht zu (+1,80, $p = ns$)⁶⁶. Die Kennwerte zur Modellpassung zeigen, dass das Modell die Daten deutlich besser repräsentiert als dasjenige ohne die Variable Erwerbssituation, obwohl mehr Parameter geschätzt werden mussten.

Tab. 15: Mehrebenenmodell für Erwerbssituation

Abhängige Variable	Fixed effects	(SE)	G-Matrix	Residual	Model fit
Lebensqualität (1-100)	Achsenabschnitt	55,86*** (1,34)	161,45	27,42	-2LL 3428,7
	Zeit	7,82*** (1,25)	-78,90 176,28		AIC 3453,7
	Zeit ²	-1,63*** (0,33)	16,75 -40,76 9,75		BIC 3491,2
	Stelle auf dem Arbeitsmarkt †	4,48** (1,39)			
	geschützte Stelle	1,80 (1,65)			

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

n=439

† Referenzgruppe: keine Stelle

⁶⁵ Alter, Geschlecht, Bildung, Erwerbssituation, Wohnsituation, Einkommen.

⁶⁶ Es ergaben sich keine Interaktionen zwischen Zeit und der Erwerbsituation, diese Terme wurden aus dem Modell wieder entfernt. Dies bedeutet, dass Personen mit einer Stelle auf dem ersten Arbeitsmarkt die gleiche Veränderung der subjektiven Lebensqualität aufwiesen wie Personen mit einem geschützten Arbeitsplatz oder solche ohne Stelle.

7.3.2 Soziale Prädiktoren: Soziales Netz und wahrgenommene Unterstützung

Von den Prädiktoren des sozialen Netzes (Anzahl sozialer Rollen) zeigten die Variablen *Freunde/Freundinnen* (Tab. 16) und *Kinder* (Tab. 17) einen signifikanten Effekt auf die subjektive Lebensqualität. Personen, die über Freunde oder Freundinnen verfügen, schätzten ihre Lebensqualität deutlich höher (+6,14) Punkte ein als Personen ohne Freundschaften (53,19). Die negative Interaktion mit der Zeit bedeutet, dass der Effekt von Freundschaften auf die Lebensqualität sich mit der Zeit abschwächte (innerhalb eines Jahres um 3,12 Punkte), d.h. dass Freundschaften besonders zu Beginn der Befragung – während der Zeit der Hospitalisierung – wichtig waren. Im Gegensatz zu Freundschaften haben Kinder einen leicht negativen Einfluss auf die subjektive Lebensqualität (-3,58).

Tab. 16: Mehrebenenmodell für Freundinnen und Freunde

Abhängige Variable	Fixed effects	(SE)	G-Matrix			Residual	Model fit	
Lebensqualität (1-100)	Achsenabschnitt	53,19***	(2,37)	166,66		23,25	-2LL	3526,1
	Zeit	9,94***	(1,67)	-85,85	193,90		AIC	3550,1
	Zeit ²	-1,46***	(0,32)	18,84	-44,73	10,67	BIC	3588,7
	hat FreundInnen	6,14*	(2,47)					
	FreundInnen* Zeit	-3,12*	(1,29)					

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$
n=451

Tab. 17: Mehrebenenmodell für Kinder

Abhängige Variable	Fixed effects	(SE)	G-Matrix			Residual	Model fit	
Lebensqualität (1-100)	Achsenabschnitt	59,68***	(1,15)	166,34		25,59	-2LL	3531,4
	Zeit	7,28***	(1,21)	-78,08	178,96		AIC	3553,4
	Zeit ²	-1,52***	(0,32)	16,57	-40,80	9,65	BIC	3588,4
	hat Kinder	-3,58*	(1,74)					

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$
n=448

Die *wahrgenommene soziale Unterstützung* spielte für die subjektive Lebensqualität ebenfalls eine wichtige Rolle (Tab. 18). Personen, die sich gut unterstützt fühlten, wiesen eine höhere Lebensqualität auf (+4,10), wobei der Effekt etwas grösser war als in den vorhergehenden Modellen und die Modellpassung ebenfalls besser ist.

Tab. 18: Mehrebenenmodell für soziale Unterstützung

Abhängige Variable	Fixed effects	(SE)	G-Matrix			Residual	Model fit	
Lebensqualität(1-100)	Achsenabschnitt	52,23***	(1,87)	160,50		26,52	-2LL	3494,8
	Zeit	7,67***	(1,20)	-79,18	171,28		AIC	3516,8
	Zeit ²	-1,62***	(0,32)	16,92	-39,01	9,22	BIC	3552,1
	fühlt sich gut unterstützt	4,10***	(1,03)					

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$
n=448

In einem Modell mit den drei signifikanten Variablen des sozialen Netzes und der sozialen Unterstützung (FreundInnen, Interaktion FreundInnen mit Zeit, Kinder, soziale Unterstützung) wird der Effekt für Kinder nicht mehr signifikant (Tab. 19). Da dieses Modell aber die bessere Passung aufweist (kleinere Werte für -2LL, AIC und BIC) als eines ohne die Variable Kinder (vgl. Anhang VII), wurde sie im Modell belassen.

Tab. 19: Mehrebenenmodell für soziale Rollen und wahrgenommene soziale Unterstützung

Abhängige Variable	Fixed effects	(SE)	G-Matrix			Residual	Model fit	
Lebensqualität(1-100)	Achsenabschnitt	47,73*** (3,00)	159,73			21,13	-2LL	3463,6
	Zeit	10,20*** (1,79)	-86,78	193,74			AIC	3492,6
	Zeit ²	-1,53*** (0,32)	18,87	-44,79	10,76		BIC	3537,6
	fühlt sich gut unterstützt	3,83** (1,02)						
	hat Kinder	-2,30 (1,70)						
	hat FreundInnen	6,44* (2,62)						
	FreundInnen*Zeit	-3,16* (1,51)						

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$
n=445

7.3.3 Psychosoziale Prädiktoren

7.3.3.1 Wahrgenommene Stigmatisierung, Coping, Stigmaerfahrungen

Der Effekt von *wahrgenommener Stigmatisierung* ist knapp nicht signifikant (Tab. 20): Personen, die der Überzeugung sind, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Gesellschaft stigmatisiert werden, wiesen eine geringere Lebensqualität auf (-2,02; $p = 0,06$). Die Kennwerte zur Modellpassung sind hier tiefer als in den bisherigen Modellen, d.h. das Modell repräsentiert die Daten besser⁶⁷.

Deutlicher und hochsignifikant ist der Effekt einer *defensiven Copingstrategie* auf die Lebensqualität (Tab. 21). Personen, die es als besser erachten, eine psychische Erkrankung vor anderen zu verschweigen, weisen eine geringere Lebensqualität auf (-4,76; $p < 0,001$). Die Erfahrung von stigmatisierendem Verhalten anderer hat hingegen keinen Einfluss (vgl. Anhang VII). In einem Modell, das beide Variablen einbezieht, bleibt der Effekt der defensiven Copingstrategie, der Effekt der wahrgenommenen Stigmatisierung ist nicht mehr signifikant (vgl. Anhang VII).

Tab. 20: Mehrebenenmodell für wahrgenommene Stigmatisierung

Abhängige Variable	Fixed effects	(SE)	G-Matrix			Residual	Model fit	
Lebensqualität (1-100)	Achsenabschnitt	59,46*** (1,19)	162,12			32,31	-2LL	3401,0
	Zeit	7,95*** (1,24)	-80,81	164,35			AIC	3423,0
	Zeit ²	-1,67*** (0,33)	17,91	-37,66	8,87		BIC	3458,3
	nimmt Stigmatisierung wahr	-2,01 (1,08)						

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$
n=435

⁶⁷ Allerdings sind Modelle mit unterschiedlichen Parametern nur begrenzt vergleichbar. Das Modell zu Stigmaerfahrungen (Anhang VII) hat z.B. tiefere Werte – dies kann aber auch durch die iterative Schätzmethode mittels der Maximierung der Log-Likelihood-Funktion begründet sein.

Tab. 21: Mehrebenenmodell für defensives Stigma-Coping

Abhängige Variable	Fixed effects	(SE)	G-Matrix	Residual	Model fit
Lebensqualität (1-100)	Achsenabschnitt	60,03*** (1,20)	159,39	27,99	-2LL 3437,6
	Zeit	7,86*** (1,20)	-69,80 162,26		AIC 3459,6
	Zeit ²	-1,64*** (0,31)	14,95 -37,12 8,76		BIC 3494,8
	Def. Stigma-Coping	-4,76*** (1,16)			

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

n=441

7.3.3.2 Lebensereignisse

Tab. 22: Mehrebenenmodell für Anzahl Lebensereignisse

Abhängige Variable	Fixed effects	(SE)	G-Matrix	Residual	Model fit
Lebensqualität (1-100)	Achsenabschnitt	59,60*** (1,14)	171,25	23,56	-2LL 3545,5
	Zeit	6,80*** (1,24)	-83,14 188,09		AIC 3567,5
	Zeit ²	-1,41*** (0,32)	18,13 -43,50 10,41		BIC 3602,8
	fünf Lebensereignisse oder mehr	-2,72* (1,25)			

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

n=441

Personen, die in den zwölf Monaten vor der Befragung von *fünf oder mehr Lebensereignissen* betroffen gewesen waren (Tab. 22), schätzten ihre Lebensqualität als geringer ein (-2,72; $p < 0,05$). Von den erhobenen Lebensereignissen (vgl. 6.2.3.4) hatten folgende einen Einfluss auf die subjektive Lebensqualität⁶⁸ (Tab. 23, Tabellen zu den anderen Lebensereignissen in Anhang VII): Personen, die eine *körperliche Krankheit oder einen Unfall* erlitten hatten (-2,68; $p < 0,05$), Personen, die eine *psychische Krise* durchgemacht hatten (-3,93; $p < 0,05$) sowie Personen, die angaben, ein *anderes, nicht näher bezeichnetes belastendes Ereignis* erlebt zu haben, hatten eine geringere Lebensqualität als jene, die von keinem dieser Ereignisse betroffen waren (-2,30; $p < 0,01$). Personen, die einen *Streit mit ihnen nahestehenden Personen gehabt* hatten, schätzten ihre Lebensqualität interessanterweise als höher ein (4,70; $p < 0,01$). Zusätzlich zeigte sich für „psychische Krise“ eine Interaktion mit der Zeit (1,07; $p = 0,06$). Dies bedeutet, dass Personen, die eine psychische Krise durchgemacht hatten, zwar zu Beginn eine tiefere Lebensqualität aufwiesen, diese aber stärker anstieg (Zeiteffekt 6,82+1,07; $p < 0,05$). Umgekehrt verhält es sich mit der Interaktion von Auseinandersetzung und Zeit (-2,30; $p < 0,01$). Diese Personen zeigten zwar ein höheres Ausgangsniveau, ihr Anstieg in der Lebensqualität war aber weniger ausgeprägt.

⁶⁸ Es wurde das Modell mit der besten Passung gewählt, obwohl einer der Koeffizienten nur auf Trend-Ebene signifikant ist (psychische Krise* Zeit).

Tab. 23: Mehrebenenmodell für einzelne Lebensereignisse

Abhängige Variable	Fixed effects	(SE)	G-Matrix			Residual	Model fit	
Lebensqualität (1-100)	Achsenabschnitt	61,18***	(1,93)	168,54		12,65	-2LL	3457,5
	Zeit	6,82***	(1,46)	-84,17	182,39		AIC	3489,5
	Zeit ²	-1,38***	(0,32)	16,53	-40,53	9,55	BIC	3540,8
	Krankheit, Unfall	-2,68*	(1,30)					
	psychische Krise	-3,93*	(1,68)					
	psychische Krise*Zeit	1,07	(0,57)					
	Auseinandersetzung	4,70**	(1,57)					
	Auseinandersetzung *Zeit	-2,30**	(0,81)					
	andere Ereignisse	-2,30**	(0,84)					

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

n=446

Tabelle 24 zeigt das Modell für die *subjektive Belastung durch die vorgekommenen Lebensereignisse*, wobei zwischen der Belastung zurzeit der Ereignisses und der Belastung, die zur Zeit der Befragung immer noch wahrgenommen wurde, unterschieden wurde. Personen, die ein Ereignis viel Kraft gekostet hatte, hatten eine geringere Lebensqualität (-3,02; $p < 0,05$). Noch deutlicher ist der Unterschied zwischen Personen, die durch vorgekommene Lebensereignisse zum Zeitpunkt der Befragung immer noch stark belastet waren (-5,79; $p < 0,001$)⁶⁹ und jenen Personen, für die dies nicht zutraf.

Tab. 24: Mehrebenenmodell für Belastung durch Lebensereignisse

Abhängige Variable	Fixed effects	(SE)	G-Matrix			Residual	Model fit	
Lebensqualität (1-100)	Achsenabschnitt	63,20***	(1,15)	127,49			-2LL	3481,0
	Zeit	7,28***	(1,18)	56,75	142,18		AIC	3495,0
	Zeit ²	-1,49***	(0,31)	12,10	-32,77	7,78	BIC	3517,5
	viel Kraft gekostet	-3,02*	(1,19)					
	immer noch belastend	-5,79***	(1,16)					

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

n=451

Tab. 25: Mehrebenenmodell für Lebensereignisse und subjektive Belastung

Abhängige Variable	Fixed effects	(SE)	G-Matrix			Residual	Model fit	
Lebensqualität (1-100)	Achsenabschnitt	61,63***	(1,29)	122,02		26,89	-2LL	3443,0
	Zeit	8,38***	(1,22)	-48,15	142,87		AIC	3473,0
	Zeit ²	-1,57***	(0,30)	8,69	-32,16	7,52	BIC	3521,1
	fünf Lebensereignisse oder mehr	-3,51**	(1,28)					
	Auseinandersetzung	6,85***	(1,54)					
	Auseinandersetzung*Zeit	-2,19**	(0,76)					
	viel Kraft gekostet	-3,35**	(1,13)					
	immer noch belastend	-5,64***	(1,11)					

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

n=448

⁶⁹ Es ist jedoch zu beachten, dass die beiden Variablen mit $r = 0,70$ ($p < 0,01$) korrelierten. Ein Modell mit dem Mittelwert beider Variablen als Prädiktor ergab jedoch schlechtere Kennwerte für die Modellpassung (vgl. Anhang VII).

In Tabelle 25 ist das Modell für alle Variablen der Lebensereignisse dargestellt: die Effekte der Variablen „psychische Krise“, „somatische Krankheit/Unfall“ sowie „andere Lebensereignisse“ fallen weg, wenn der Einfluss der subjektiven Belastung durch die Ereignisse mit einbezogen wird. Nach wie vor vorhanden ist der Effekt von fünf Lebensereignissen oder mehr ($-3,51$; $p<0,01$), der positive Effekt einer Auseinandersetzung ($6,85$; $p<0,001$), die Interaktion mit der Zeit ($-2,19$; $p<0,01$, vgl. Tabelle 25) sowie der Einfluss der subjektiven Belastung ($-3,35$; $p<0,01/-5,64$; $p<0,001$).

7.3.4 Klinische Prädiktoren

7.3.4.1 Diagnose und Einnahme von Medikamenten

Tab. 26: Mehrebenenmodell für Diagnose

Abhängige Variable	Fixed effects	(SE)	G-Matrix			Residual	Model fit	
Lebensqualität (1-100)	Achsenabschnitt	61,07*** (1,21)	157,29			26,01	-2LL	3537,1
	Zeit	7,31*** (1,21)	-77,01	178,64			AIC	3559,1
	Zeit ²	-1,53*** (0,32)	16,83	-41,02	9,75		BIC	3594,1
	Affektive Erkrankung (F3)	-6,50** (1,76)						

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

n=453

† Referenzgruppe: Schizophrene Erkrankungen (F2)

Tabelle 26 zeigt den starken Effekt der *Diagnosegruppe*⁷⁰: Personen mit einer affektiven Erkrankung wiesen eine deutlich geringere subjektive Lebensqualität auf als solche mit einer schizophrenen Erkrankung ($-6,50$; $p<0,01$). Auch die *Medikamenteneinnahme* hatte einen Effekt auf die Lebensqualität (Tab. 27): Personen, die keine oder nur ein bis zwei Medikamente einnahmen, hatten eine deutlich höhere Lebensqualität ($10,25$; $p<0,001/8,64$; $p<0,001$) als jene, die drei und mehr Medikamente einnahmen. Die Interaktion der Kategorie „ein bis zwei Medikamente“ mit der Zeit bedeutet, dass für hier der Anstieg der Lebensqualität über die Zeit geringer ausfiel als bei den anderen beiden Kategorien ($-1,71$; $p<0,05$).

Tab. 27: Mehrebenenmodell für Medikamenteneinnahme

Abhängige Variable	Fixed effects	(SE)	G-Matrix			Residual	Model fit	
Lebensqualität (1-100)	Achsenabschnitt	51,55*** (1,51)	167,81			18,06	-2LL	3510,1
	Zeit	8,76*** (1,24)	-90,58	178,19			AIC	3536,1
	Zeit ²	-1,57*** (0,30)	18,96	-40,60	9,72		BIC	3577,8
	keine Medikamente†	10,25*** (1,65)						
	1-2 Medikamente	8,64*** (1,68)						
	1-2 Medikamente*Zeit	-1,71* (0,75)						

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

n=453

† Referenzgruppe: 3 oder mehr Medikamente

⁷⁰ Die nicht signifikanten Modelle für Ersterkrankungsalter, Erkrankungsdauer, Anzahl bisheriger Hospitalisierungen, Dauer der Klinikaufenthalte in den letzten zwölf Monaten, Alkoholkonsum sowie der SCL-90-R-Subskala „Ängstlichkeit“ finden sich im Anhang VII.

7.3.4.2 SCL-90-R: Selbsteingeschätzte Symptome und Symptombelastung

Von den Kennwerten der SCL-90-R zeigten nur die *Anzahl der Symptome* und vor allem die *Depressivitätsskala* einen Einfluss auf die subjektive Lebensqualität (Tab. 28)^{71,72}. Personen mit wenig Symptomen und insbesondere jene mit tiefen Werten für depressive Symptome hatten eine höhere Lebensqualität (5,04; $p < 0,001/10,18$; $p < 0,001$). Die Kennwerte zur Modellpassung zeigen, dass dieses Modell – im Vergleich zu den bisherigen – die Daten besser repräsentiert.

Tab. 28: Mehrebenenmodell für die Kennwerte der SCL-90-R: Anzahl Symptome und Depressivitätsskala

Abhängige Variable	Fixed effects	(SE)	G-Matrix			Residual	Model fit	
Lebensqualität (1-100)	Achsenabschnitt	51,10*** (1,00)	84,09			37,73	-2LL	3367,0
	Zeit	7,05*** (1,04)	-30,54	78,49			AIC	3391,0
	Zeit ²	-1,30*** (0,29)	6,13	-17,53	4,19		BIC	3429,5
	wenig Symptome (PST) †	5,04*** (1,23)						
	tiefe Werte Depressivität	10,18*** (1,19)						

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

n=447

† Kategorien vgl. 6.2.3.5

7.3.4.3 Integriertes Modell für Diagnose, Medikamente, Anzahl Symptome und Depressivität

In Tabelle 29 ist das Modell für jene klinische Prädiktoren dargestellt, die sich in den Einzelmodellen als signifikant erwiesen hatten⁷³.

Tab. 29: Mehrebenenmodell für Diagnose, Medikamenteneinnahme und selbsteingeschätzte Symptome

Abhängige Variable	Fixed effects	(SE)	G-Matrix			Residual	Model fit	
Lebensqualität (1-100)	Achsenabschnitt	50,25*** (1,37)	87,06			31,39	-2LL	3345,7
	Zeit	7,27*** (1,02)	-38,67	87,15			AIC	3375,7
	Zeit ²	-1,31*** (0,28)	7,66	-19,76	4,86		BIC	3423,9
	Affektive Erkrankung (F3)	-4,02** (1,41)						
	keine Medikamente†	5,74** (1,56)						
	1-2 Medikamente	3,69** (1,19)						
	wenig Symptome (PST) ††	4,48** (1,23)						
	tiefe Werte Depressivität	9,03*** (1,20)						

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

n=453

† Referenzgruppe: 3 oder mehr Medikamente

†† Kategorien vgl. 6.2.3.5

Alle diese Prädiktoren zeigten auch hier einen Effekt, mit Ausnahme der Interaktion zwischen den Variablen „1-2 Medikamente“ und Zeit. Personen mit einer *affektiven Erkrankung* schätzten ihre Le-

⁷¹ Eine Tabelle mit allen Kennwerten ist ebenfalls im Anhang VII zu finden.

⁷² Da beide Skalen auf denselben Items beruhen, besteht die Gefahr der Multikollinearität (vgl. Kap. 7.3.5). Die Korrelation der Variablen betrug über alle Zeitpunkte $r = 0,61$ (Anhang VIII), womit nicht von multikollinearen Variablen ausgegangen werden muss (Tabachnik & Fidell, 2001).

⁷³ Ich prüfte alle Variablen des Gesamtmodells auf Multikollinearität (vgl. Anhang VIII), wobei jedoch alle Korrelationen kleiner als $r = 0,7$ sind. Insbesondere fallen die relativ schwachen Korrelationen zwischen den Kennwerten für die selbsteingeschätzten Symptome und der Einnahme von Medikamenten auf.

bensqualität als geringer ein als solche mit einer F2-Diagnose (-4,02; $p<0,001$), ebenso war die Lebensqualität von Personen, die keine oder eins bis zwei Medikamente einnehmen mussten, grösser als diejenige von Personen, die drei oder mehr Medikamente einnahmen (+5,47; $p<0,01$ /+3,69; $p<0,01$). Eine geringere Anzahl Symptome sowie tiefe Werte auf der Depressivitätsskala wirkten sich ebenfalls positiv auf die Lebensqualität aus (+4,48; $p<0,01$ /+9,03; $p<0,001$). Die Kennwerte für die Modellpassung zeigen gegenüber den vorhergehenden Modellen für die klinischen Prädiktoren eine weitere Verbesserung.

7.3.5 Gesamtmodell der Prädiktoren der subjektiven Lebensqualität

7.3.5.1 Gesamtmodell

Tab. 30: Mehrebenenmodell für alle Prädiktoren

Abhängige Variable	Fixed effects	(SE)	G-Matrix	Residual	Model fit
Lebensqualität (1-100)	Achsenabschnitt	50,78*** (2,24)	58,03	29,47	-2LL 2991,6
	Zeit	8,07*** (1,04)	-19,46 71,68		AIC 3039,6
	Zeit ²	-1,31*** (0,26)	3,69 -15,91 3,51		BIC 3116,1
Soziodemografische Prädiktoren					
	Stelle auf d. Arbeitsmarkt	4,21*** (0,99)			
Soziale Prädiktoren					
	hat FreundInnen	2,98 (Trend) (1,63)			
	fühlt sich gut unterstützt	3,36** (0,95)			
Psychosoziale Prädiktoren					
	Defensives Stigma-Coping	-2,74** (0,92)			
	fünf o.m. Lebensereignisse	-3,13** (1,11)			
	Auseinandersetzung	3,88** (1,30)			
	Auseinandersetzung *Zeit	-1,36* (0,61)			
	viel Kraft gekostet	-2,40* (0,97)			
	immer noch belastend	-2,83* (0,96)			
Klinische Prädiktoren					
	Affektive Erkrankung (F3)	-4,68** (1,28)			
	keine Medikamente	3,37* (1,40)			
	1-2 Medikamente	2,19* (1,07)			
	wenig Symptome (PST)	2,94** (1,11)			
	tiefe Werte Depressivität	7,64** (1,04)			

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

n=415

Um das Gesamtmodell zu erstellen, ging ich folgendermassen vor: ich erstellte zunächst ein Modell mit denjenigen Prädiktoren, die in den vorhergehenden Gruppenmodellen einen signifikanten Einfluss gezeigt hatten. Ausser der Interaktion zwischen der Variablen „hat FreundInnen“ mit der Zeit behielten alle einbezogenen Variablen ihren Einfluss. In einem nächsten Modell liess ich letztere Interaktion weg. Dieses Modell prüfte ich gemäss den Empfehlungen von Brown und Prescott (1999) sowie Singer und Willett (2003) mittels Streudiagrammen der Residuen auf Ausreisser. Die Daten zweier Studienteilnehmenden mit stark abweichenden Residuen schloss ich aufgrund dieser Analyse für die weiteren Berechnungen aus und berechnete das zweite Modell erneut. Die Variable „hat FreundInnen“ zeigte in diesem Modell nur einen Einfluss auf Trend-Niveau ($p<0,10$). Die Berechnung von drei weiteren Modellen, in denen ich nicht-signifikante Variablen und solche auf Trend-Niveau ausschloss,

führte wieder zu einem Anstieg der Kennwerte. Ich wählte somit jenes Modell mit den tiefsten Kennwerten (vgl. Tab. 30)⁷⁴. Auf die Wiedergabe der einzelnen Effekte im Text wird zugunsten der Lesbarkeit verzichtet.

Da die deskriptiven Statistiken (7.2) teilweise auf enge Zusammenhänge zwischen einzelnen Variablen hinweisen, testete ich die Prädiktoren gemäss den Empfehlungen von Tabachnik und Fidell (2001) sowie Belsley, Kuh und Welsch (1980) auf Multikollinearität (vgl. Tabelle in Anhang VIII). Es ergaben sich jedoch weder aus den Korrelationen noch aus den Regressionsanalysen Hinweise auf multikollineare Variablen.

7.3.5.2 Vergleich der Modelle und Kommentar

Tabelle 31 zeigt einen Vergleich der Modelle einzelner *Prädiktorengruppen*⁷⁵. Analog der Lesart von

Tab. 31: Vergleich der Modelle

	Soziodemogr. Prädiktoren	Soziale Prädik- toren	Psychosoziale Prädiktoren	Klinische Prädiktoren	Gesamtmodell
Achsenabschnitt	56,49***	56,31***		50,25***	50,78***
Zeit	7,82***	10,89***		7,27***	8,07***
Zeit ²	-1,62***	-1,70***		-1,31***	-1,31***
Soziodemografische Prädiktoren					
Stelle auf d. Arbeitsmarkt	3,76**				4,21***
Soziale Prädiktoren					
hat FreundInnen		6,34*			2,98 (Trend)
FreundInnen* Zeit		-2,26 ns			-
fühlt sich gut unterstützt		4,38**			3,36**
Psychosoziale Prädiktoren					
defensives Coping			-3,76**		-2,74**
fünf o.m. Lebensereignisse			-2,58*		-3,13**
Auseinandersetzung			6,05***		3,88**
Auseinandersetzung *Zeit			-2,07**		-1,36*
viel Kraft gekostet			-3,06**		-2,40*
immer noch belastend			-5,50**		-2,83*
Klinische Prädiktoren					
Affektive Erkrankung (F3)				-4,02**	-4,68**
keine Medikamente				5,74**	3,37*
1-2 Medikamente				3,69**	2,19*
wenig Symptome (PST)				4,48**	2,94**
tiefe Werte Depressivität				9,03***	7,64**
Kennwerte					
-2LL	3429,8	3460,8	3443,0	3345,7	2991,6
AIC	3451,8	3488,8	3473,0	3375,7	3039,6
BIC	3487,1	3532,6	3521,1	3423,9	3116,1

Regressionsanalysen können die Koeffizienten im Schlussmodell als Effekte der Prädiktoren verstanden werden, wenn gleichzeitig die Effekte aller anderen im Modell einbezogenen Prädiktoren kontrolliert werden. Es zeigt sich, dass praktisch alle in den vorhergehenden Einzel- und Gruppenmodellen

⁷⁴ Ein Überblick über alle berechneten Modelle findet sich in Anhang IX.

⁷⁵ Für die psychosozialen Prädiktoren berechnete ich ein neues Modell, für die Erwerbssituation und die klinischen Prädiktoren verwendete ich die weiter oben beschriebenen Modelle. Es handelt sich dabei um Modelle für die gesamte Stichprobe (n=183), da es sich bei den im Gesamtmodell ausgeschlossenen Teilnehmenden um für dieses Modell spezifische multivariate Ausreisser handelt.

eruierten Prädiktoren auch im Gesamtmodell ihren Einfluss beibehalten und nicht einzelne Prädiktoren oder Gruppen durch den stärkeren Einfluss anderer Variablen aus dem Modell „gekippt“ werden. Einzelne Effekte verändern sich in ihrer Grösse, so z.B. der Effekt der Variable „heutige Belastung durch Lebensereignisse“ (von $-5,50$ zu $-2,83$). Ausser der Variablen „Stelle auf dem ersten Arbeitsmarkt“ und der Diagnose wiesen alle Variablen im Gesamtmodell kleinere Effekte als in den Einzelmodellen auf. Der deutliche Unterschied in der Grösse der Kennwerte für die Gruppenmodelle und das Gesamtmodell zeigt ebenfalls, dass das Modell mit allen Variablen bzw. Gruppen die Daten besser repräsentiert.

8 Ergebnisse der qualitativen Erhebung

8.1 Beschreibung der Teilnehmenden des qualitativen Interviews

In Tabelle 32 finden sich Angaben zur Lebenssituation der Teilnehmenden des qualitativen Untersuchungsteils. Aus Gründen des Datenschutzes verzichte ich auf eine detaillierte Portraitierung dieser Personen. Die Initialen wurden den Teilnehmenden von mir zugewiesen und stehen in keinem Zusammenhang mit ihren Vor- und Nachnamen. Obwohl die Teilnehmenden nicht gezielt ausgesucht wurden, sondern sich selber anmeldeten (vgl. 6.3.1), zeigt sich bezüglich ihrer Lebensumstände und Erkrankungsmerkmale eine beträchtliche Variabilität.

Tab. 32: Beschreibung der Interviewpartnerinnen und -partner

	Geschl.	Alter	Wohnsituation	PartnerIn	Kinder	Erwerbstätigkeit	Klinikaufenthalte	Medikamente
T.R.	weiblich	41-50	allein	nein	nein	50%	1	nein
G.U.	männlich	31-40	allein	nein	nein	100%	1	ja
A.C.	weiblich	41-50	Wohnheim	ja	2	50%, geschützt	mehr als 10	ja
L.C.	männlich	21-30	Wohngemeinschaft	nein	nein	60%	1	nein
E.J.	weiblich	41-50	allein	nein	nein	nein, IV [†]	mehr als 15	ja
N.H.	männlich	41-50	allein	nein	nein	100%	mehr als 5	ja
S.P.	männlich	51-60	allein	nein	1	nein, IV	mehr als 5	unbekannt
D.K.	männlich	41-50	Partnerin, 3 Kinder	ja	2	100%	3	nein
S.I.	männlich	21-30	allein	nein	nein	100%	1	ja
R.O.	männlich	31-40	allein	nein	nein	50%, geschützt	mehr als 10	ja
I.G.	weiblich	31-40	Partner	ja	nein	40%, geschützt	mehr als 5	ja
L.E.	weiblich	41-50	allein	nein	1	IV, freiwillige Arbeit	4	ja
U.J.	weiblich	41-50	1 von 2 Kindern	ja	2	Teil-IV, ca. 20%	mehr als 10	ja
S.E.	weiblich	41-50	Partner, 2 von 5 Kinder	ja	5	ca. 25%	2	ja
R.S.	männlich	51-60	allein	nein	1	nein, IV	mehr als 5	ja
A.D.	weiblich	31-40	Partner	ja	nein	50%	1	ja

[†] IV: Invaliditätsrente

8.2 Ergebnisse der Inhaltsanalyse

8.2.1 Auswertungskategorien

Bei der ersten Sichtung des Materials fiel mir auf, dass die Frage danach, was wichtig für das Wohlbefinden ist und die Frage nach der Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit kaum zu trennen sind. Dies deshalb, weil diejenigen Bereiche oder Themen, die als *wichtig für das Wohlbefinden* erachtet werden, gleichzeitig immer auch *bewertet, beurteilt und evaluiert* werden. Diese Bewertung beinhaltet häufig auch einen Vergleich mit früher, d.h. *wahrgenommene Veränderungen* der Lebensqualität und *Veränderungswünsche* sind ebenfalls schwer gegenüber der Wichtigkeit und der Bewertung abzugrenzen. Darüber hinaus gibt es nicht – wie in der Fragestellung (vgl. 5.2.2, 6.3.3) formuliert – Bereiche, mit

denen die Befragten zufrieden waren, und Bereiche, wo dies nicht zutraf, sondern es wurden innerhalb eines Lebensbereiches (z.B. Arbeit oder soziale Beziehungen) Aspekte genannt, mit denen die Teilnehmenden zufrieden waren, sowie Aspekte, mit denen sie unzufrieden waren. Die Gliederung der Auswertung folgt aus diesen Gründen den verschiedenen Bereichen oder Themen, über die in den Interviews gesprochen wurde.

8.2.2 Soziale Beziehungen

Wie aus Tabelle 32 hervorgeht, lebten die befragten Personen in ganz unterschiedlichen sozialen Bezügen. Davon unabhängig hatten soziale Beziehungen für alle Teilnehmenden einen grossen Stellenwert für ihr Wohlbefinden und wurden auf die Frage, was im Alltag für das Wohlbefinden wichtig sei, an erster oder zweiter Stelle erwähnt. Dabei wurden von der Zugehörigkeit zu einer dörflichen Gemeinschaft bis zur Liebe in einer Paarbeziehung verschiedenste sowohl positive wie auch negative Aspekte von Beziehungen als bedeutsam für das eigene Wohlbefinden beschrieben. Eine der wichtigsten positiven Bedeutungen sozialer Beziehungen bestand für die befragten Personen im Gefühl, *aufgehoben zu sein, dazuzugehören, geliebt, akzeptiert, verstanden und unterstützt* zu werden.

Geliebt zu werden, das ist auch Lebensqualität. Vor einem Jahr war ich an Weihnachten bei meinem Vater und seiner Frau. Und da haben sie mir ein kleines Geschenk gemacht, und eine Karte dazu: „Wir lieben dich.“ Ja, es bedeutet etwas. Sie sagen, ich mache meinen Weg trotzdem [trotz der Erkrankung]. (N.H.; 86)⁷⁶

Obwohl für alle Befragten soziale Beziehungen zentral für das Wohlbefinden waren, empfanden einige Personen diese auch als *schwierig oder belastend*, oder sie berichteten von freiwilliger oder unfreiwilliger *Isolation*, die sie teilweise in einen Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung oder Klinikaufenthalten stellten.

Es spielt schon eine Rolle. Familie – da kann es zu Spannungen kommen. Es ist für mich natürlich schon auch wichtig, Freundschaften, ein Beziehungsnetz – nur finde ich, das ist der Teil, der am schwierigsten ist. (G.U.; 24)

... dass ich mich dann so hinterfrage, uiui, eigentlich, wie viel Zeit ich manchmal allein verbringen kann, oder wie wenig wirklich ganz nahe Beziehungen ich pflege. Ich habe da ganz andere Massstäbe. (...) Rein von meinem eigenen Gefühl her ist es ziemlich ok, aber ich weiss, dass ich eigentlich – dass es eigentlich nicht so in einem Normbereich drin läuft. (L.C.; 31)

Ich habe mich in den letzten Jahren sehr stark zurückgezogen. Es war ein langer und schmerzhafter Prozess – heute ist es mir eigentlich am wohlsten, wenn ich allein bin. (S.P.; Protokoll)

Damit hatte ich extrem Mühe, tagelang, wochenlang allein zu sein, mit niemandem zu reden. Aber das bessert jetzt auch. (R.O.; 35)

⁷⁶ Die den Zitaten angefügten Initialen beziehen sich auf die interviewte Person, die Zahlen auf die Fundstelle im Interview (Strukturierung und Bezifferung gemäss Software Atlas.ti).

In Bezug auf spezifische soziale Beziehungen wie Partnerschaften oder Freundschaften wurde in den Interviews deutlich, dass diese sehr unterschiedlich empfunden und bewertet wurden bzw. im gegenwärtigen Leben der Befragten einen unterschiedlichen Stellenwert hatten. So wurden die Beziehungen zur *Herkunftsfamilie*, d.h. zu Eltern und Geschwistern, von einigen Interviewteilnehmenden als wichtige Unterstützung wahrgenommen, während andere gerade die Familienbeziehungen als spannungsreich beschrieben oder den Kontakt sogar abgebrochen hatten. Ähnlich vielfältig ist das Bild hinsichtlich *Paarbeziehungen*. Während zwei der Befragten ihre Partnerschaft als beglückend und stützend beschrieben, stellte sich für zwei andere die Frage nach einer Trennung. Von den Personen, die nicht in einer Partnerschaft lebten, empfand eine dies als ideal, während drei andere den Wunsch nach einer Paarbeziehung äusserten.

Mir wäre im Prinzip ein Verbund schon sehr wichtig. Nicht unbedingt ein familiärer, aber so Freundschaften sind mir sehr wichtig. Nur, das ist halt auch immer nur punktuell, es ist nicht wie in einer Familie, man steht zusammen auf, man lebt die Struktur miteinander, das lebt man als Alleinstehende nicht, man ist ausserhalb von diesem Verbund. Und ja, das wäre mir schon wichtig. (T.R.; 41)

Und mein Mann natürlich, er ist auch eine gute Stütze. (I.G.; 57)

Ich finde, dass meine Beziehung mit S. total stabilisierend ist, er hält sehr gut zu mir, auch wenn ich psychotisch werde. Unsere Verliebtheit hat bei mir eine Psychose ausgelöst, für mich war es klar, das gehört zu mir, es ist ein Teil von mir, und er fand, ok, dann nehmen wir das so. Er fand es nicht schlimm – also schon schlimm für mich, aber nicht als Hinderungsgrund für eine Beziehung. (U.J.; 84)

Diejenigen Personen, die *Kinder* hatten, äusserten sich darüber stolz und glücklich. Zwei Befragte, die sonst kaum soziale Kontakte pflegten und sehr zurückgezogen lebten, erzählten, wie wichtig ihnen ihre Kinder – die beim anderen Elternteil lebten – seien, während eine Teilnehmerin meinte, es sei zwar schön, Kinder und Enkel zu haben, aber es sei nicht ausschlaggebend für die Lebensqualität.

Dass ich immer gute Kontakte habe mit meinem Sohn. Ich bin seit vier, fünf Jahren geschieden, glücklich geschieden, und jetzt sind wir eigentlich frei, wir können tun und lassen, was wir wollen, und haben es lustig, wir haben auch ernste Gespräche, wir haben immer zusammengehalten, und das ist schön. (L.E.; 33)

Es ist nicht – also das tönt jetzt vielleicht ein bisschen blöd. Klar ist es eine Art Lebensqualität [Kinder zu haben], aber es ist nicht so, dass ich es so brauchen würde. Ich weiss nicht, ob Sie das verstehen, was ich da sagen will. Es ist schön und ein Geschenk, aber es ist nicht etwas, das sein muss. (S.E.; 93)

Also, er [der Sohn] ist ein Lieber, und er hilft mir gross. Wenn ich am Computer nicht drauskomme [etwas nicht verstehe], macht er das. (R.S.; 72)

Während familiäre Beziehungen teilweise als ambivalent beschrieben wurden, wurde das Gefühl, akzeptiert und aufgehoben zu sein und unterstützt zu werden, vor allem in *freundschaftlichen Beziehungen* und mit Bekannten erfahren. Diese hatten für jene Personen, die nicht in einer Partnerschaft lebten, eine besonders wichtige Bedeutung.

Ich bin Single, aber ich bin deswegen nicht unzufrieden. Weil ich stelle mir irgendwie diese Zweierkiste nicht so besonders ... Es muss da schon eine relativ gute Chemie sein zwischen den Partnern, damit das funktioniert. Von dem her bin ich eher sensibel, und ich bin so einer, der das Gras wachsen hört, und das kann bei Partnerbeziehungen auch nicht so gut rauskommen. Ich habe übrigens auch zwei Freunde, die in ähnlichen Lebensumständen leben (...), wir haben jetzt dann bald das 20-jährige [Jubiläum], seit wir uns kennen. Den F., den kenne ich auch schon seit fast 15 Jahren – diese Freundschaften halten. (N.H.; 43)

Eine wahrgenommene *Verbesserung der Lebensqualität* wurde teilweise in direkten Bezug mit der Veränderung der sozialen Beziehungen gesetzt.

Ja, es [die Lebensqualität] hat sich verändert. Es ist besser geworden, ich habe mehr Freunde, ich habe mehr Kolleginnen, und Leute, die ich treffe, als noch vor zwei, drei Jahren, das hat sich verbessert. (S.I.; 69)

... und seit ich da [aus dem Wohnheim] draussen bin, habe ich langsam wieder mehr Kontakt, auch mit Leuten, die irgendwo – wo ich Freundschaften verloren habe, wegen der Erkrankung. (R.O.; 35)

Durch die Heirat habe ich mehr Lebensqualität bekommen, ich habe einen Partner, ein Gegenüber, wo ich mich austauschen kann. (I.G.; 65)

8.2.3 Die Rolle von Arbeitstätigkeit

Die meisten Befragten stellten im Laufe des Interviews einen Zusammenhang zwischen einer Arbeits- oder Erwerbstätigkeit und ihrem Wohlbefinden her. In den Antworten auf die Frage, was denn für ihr Wohlbefinden wichtig sei, wurde – wie die sozialen Beziehungen – die Rolle von *Arbeitstätigkeit* als etwas sehr Wichtiges erwähnt. Mit Ausnahme von drei Personen gingen alle Teilnehmenden irgendeiner Form von Arbeitstätigkeit nach (vgl. 8.1). Unabhängig davon, ob es sich dabei um eine Stelle in der freien Wirtschaft, eine geschützte Stelle oder um freiwillige Arbeit handelte, äusserten sich die Befragten mit ihrer Arbeitssituation *grösstenteils zufrieden*. Auf die Frage, was an der Arbeit wichtig sei bzw. warum diese für das Wohlbefinden wichtig sei, gaben die Befragten sehr unterschiedliche Antworten.

Als zentral für das Wohlbefinden und die Zufriedenheit wurde der *soziale Aspekt* der Arbeit genannt. Dazu gehören ein guter Kontakt zu Mitarbeitenden, ein angenehmes Betriebsklima, ein „guter Chef“ (D.K.; 46) sowie sich am Arbeitsplatz nicht verstellen zu müssen.

... und dass ich mich da auch aufgehoben fühle, dass es keine Parallelwelt ist, dass ich so sein kann, wie ich bin, und dass ich keine Rolle spielen muss da. Dass ich mich da integer finde. (L.C.; 17)

Ja, wenn man gute Kollegen hat, wenn man gut auskommt mit den Leuten, wenn man auch bei der Arbeit mit den Leuten auskommt, da muss man täglich kommunizieren ... (D.K.; 44)

Generell der soziale Aspekt, dass Leute da sind. Nicht dass ich mit ihnen mein Privatleben austausche, aber dass etwas kommt, dass man reden kann mit den Leuten, dass man neue Ideen mitbekommt, dass man etwas Neues lernt. (A.D.; 22)

Ebenfalls als wichtig erachteten die Befragten den äussere Rahmen, die *Tages- oder Wochenstruktur*, die sich durch die Arbeitstätigkeit ergibt, und deren Funktion die Befragten vor allem darin sahen, dass sie dadurch „nicht in ein Loch fallen“ (N.H.; 27).

Also, die Arbeit ist mir sehr wichtig.(...) Und wenn ich die nicht hätte, würde ich schon relativ bald mal ein bisschen in ein Loch fallen. (N.H.; 25:27)

Es ist nicht besonders fordernd, aber ich kann das auch nicht mehr, ich kann schlichtweg nicht 100% arbeiten, das geht nicht. Und es ist der Teil, der mir die Struktur gibt in der Woche, und es ist der strukturelle Teil, den ich auch brauche – wenn ich das nicht hätte, wäre ich wahrscheinlich Alkoholikerin oder tot. Das muss ich geradeheraus sagen. Weil wenn ich frei habe, falle ich meistens in Löcher, darum muss ich mich extrem beschäftigen. (A.D.; 11)

Daneben wurden vielfältige weitere Aspekte der Arbeitstätigkeit genannt, die zum Wohlbefinden der Befragten beitragen. Diese können in Anlehnung an Baer et al. (2003; vgl. 3.7.2) unter dem Begriff *Kompetenzerleben* zusammengefasst werden. Dazu gehört, selbständig und eigenverantwortlich arbeiten zu können, Anerkennung zu bekommen, etwas zu leisten, sich anzustrengen und Neues zu lernen. Dabei zeigt das folgende erste Zitat den in Abschnitt 8.2.1 beschriebenen engen Bezug zwischen positiv und negativ bewerteten Aspekten eines bestimmten Lebensbereichs.

Und ich bin auch sehr selbständig, ich habe verschiedene Aufgaben, ich kann mir die einteilen, ich muss selber denken. Ich werde zwar zu wenig herausgefordert, aber doch im Rahmen eines Bürojobs ein bisschen herausgefordert, in geringem Mass. (T.R.; 13)

Ja, und es ist super. Sie [die Vorgesetzte] sieht, dass ich die Arbeit sehe, dass ich selbständig bin, Zeitungen binde und Kartons, und dann gibt sie mir sonst noch Aufgaben. (A.C.; 48)

Es ist anstrengend, aber es macht mir Freude, ich habe keine Probleme damit, wenn es ein bisschen streng ist, ich habe es lieber, wenn man etwas zu tun hat, als wenn man nichts zu tun hat. (D.K.; 11)

Die Personen, die aufgrund der Erkrankung im *geschützten Rahmen oder mit einem kleinen Teilzeitpensum* arbeiteten, äusserten aber auch *Unzufriedenheit* mit ihrer Arbeitssituation, da sie das Gefühl hatten, ihre Kompetenzen nicht genügend einbringen zu können. Darüber hinaus formulierten jene Personen, die eine IV-Rente bezogen und geschützt oder freiwillig arbeiteten, den Wunsch nach einer Stelle in der freien Wirtschaft, wobei sie dies gleichzeitig als wenig realistisch und schwierig zu verwirklichen einschätzten. Letztlich überwog auch bei diesen Personen das Gefühl, froh zu sein, überhaupt arbeiten zu können bzw. etwas Sinnvolles zu tun.

I.G.: Das [die geschützte Arbeit in einem Besuchsdienst] finde ich zwar noch gut, weil ich finde, es ist etwas Nützliches. Eine sinnvolle Arbeit, in dem Sinn. (...)

Interviewerin: Und das Arbeiten?

I.G.: Es ist schon auch wichtig, weil in der Gesellschaft wird man vielfach nach dem bewertet, „was arbeiten Sie?“

Interviewerin: Und für Sie selber?

I.G.: Es gibt einem ein gutes Gefühl, man hat etwas gemacht, man liegt nicht faul herum, auf der IV. (I.G.; 33, 40:43)

Es wäre schon anders, sehr anders – einen normalen Job machen zu können, der meiner Ausbildung, meinen Fähigkeiten entspricht, spannend ist, mich herausfordert; das Geld selber verdienen oder ein bisschen mehr zu Verfügung haben als ich es jetzt mit der IV-Minimalrente habe und den Ergänzungsleistungen. (R.O.; 102)

Ich hatte es schwer zu akzeptieren, dass ich nicht mehr auf einem auswärtigen Job arbeiten kann. Das gibt mir heute noch ab und zu zu denken. Auf die andere Seite, das, was ich jetzt mache, im sozialen Bereich, mit den Leuten, gibt mir sehr viel. Und es gibt mir mehr als damals, als ich noch auswärts gearbeitet habe. Der einzige Unterschied ist der Lohn, aber ich sage mir, dass Geld nicht das Wichtigste ist. Es ist wichtig, aber nicht das Wichtigste. (L.E.; 67)

Wobei, manchmal denke ich, es wäre schön, in die Wirtschaft, in die Privatwirtschaft hinaus zu gehen. Und dann denke, also wenn du dann denkst, du schaffst es nicht, musst du gar nicht anfangen. Weil du musst auch offen sein für das Neue, du versuchst es, aber, ts, oje ... (A.C., 92)

Auf den im letzten Zitat erwähnten *finanziellen Aspekt* im Zusammenhang mit der Arbeitstätigkeit wurde in den Interviews eher nur am Rande eingegangen. Ein Befragter meinte, die Arbeit sei „einfach der Broterwerb“ (S.I.; 29), zwei Befragte sprachen direkt davon, dass ihr Lohn zu tief sei. Wie der nächste Abschnitt zeigt, spielt Geld im Empfinden der Befragten aber durchaus eine Rolle für das Wohlbefinden.

8.2.4 Geld und Lebensstandard

Bei der Erwähnung von Geld im Zusammenhang mit dem Wohlbefinden und der Lebensqualität stand für die interviewten Personen nicht Reichtum oder ein hohes Einkommen im Vordergrund, sondern darum, dass *genügend Geld* vorhanden sein muss, um sich einen bescheidenen *Lebensstandard* leisten zu können. Genügend Geld zu haben, bedeutet auch eine gewisse Absicherung, ebenso wurden Stabilität und finanzielle Unabhängigkeit als wichtig benannt.

Dass ich gut zu essen habe, dass ich leben kann, dass ich nicht herumkalkulieren muss. Genug Stutz [Geld] haben, das gehört dazu. Dass man alles hat (D.K.; 22).

Und darum ist es für mich ein ganz wichtiger Teil von Lebensqualität, einfach so viel Geld zu haben, dass ich gut davon leben kann. Ich habe nicht Riesen-Ansprüche, aber das ich mir mal etwas leisten kann, dass ich nicht jeden Franken umdrehen muss, weil es sonst wieder knapp wird Ende Monat. (R.O.; 52)

Geld und Glück hat schon eine Relation, aber keine direkte. (...) Wenn man kein Geld hat, kann man schon schneller unglücklich werden, weil es geht einfach rein gar nichts. (U.J.; 96)

Die vier Männer, die vollzeitlich erwerbstätig waren (vgl. 8.1), bezeichneten sich als zufrieden mit ihrer finanziellen Situation bzw. erwähnten diese gar nicht. Von den anderen Befragten, die eine IV-Rente bezogen oder teilzeitlich arbeiteten, wurde wiederholt darüber berichtet, sich aufgrund des geringen Einkommens gewisse Dinge *nicht leisten zu können*. Dabei wurde wiederum deutlich, dass es sich beim Erwünschten nicht um teure Luxusgüter, sondern um einfache Dinge wie die Teilnahme an

einem Schreibkurs, ein spezielles (aber nicht teures) Computerprogramm, Ferien, Restaurant- oder Kinobesuche oder eine ruhigere Wohnung handelte. Dies ist insofern wichtig, als die befragten Personen diese Dinge als wichtig für ihr Wohlbefinden und ihre Lebensqualität bezeichneten. Ebenso wurde es als Belastung empfunden, finanziell nicht gut abgesichert zu sein (s.o.).

Ich staune zwar, was ich alles mache damit [mit dem Geld], aber ich kann keine teurere Wohnung – das liegt gar nicht drin. (T.R.; 21)

Was ich noch hätte als Wunsch, dass ich hierher ziehen könnte. Aber das ist unmöglich von der Preislage hier. (L.E.; 53)

Ja, also mit dem Geld, das ist immer ein Problem. Weil ich habe eine IV-Rente, und da kannst du nicht allzu viel Geld dazu verdienen (...) Für meine AHV- und Pensionskassenzeit [gesetzlich geregelte Formen der Altersvorsorge]– das gibt es gar nicht! (...) Ich kann nicht sparen. Dass ich einfach Kleider und Lebensmittel kaufen kann. (U.J.; 39:43)

Neben dem Geld spielt gemäss den Aussagen der Interviewteilnehmenden auch die *Wohnsituation* eine Rolle für das Wohlbefinden. Ausser drei Befragten, die aus verschiedenen Gründen umziehen möchten, äusserten sich alle Befragten zufrieden mit ihrer Wohnsituation. Hierbei ist einerseits wichtig, dass die Wohnung *schön, komfortabel und/oder billig* ist, aber auch in einem angenehmen Quartier oder Dorfteil mit guten Einkaufsmöglichkeiten liegt. Daneben spielt der *soziale Aspekt*, die soziale Integration, eine wichtige Rolle für die Zufriedenheit mit der Wohnsituation.

Ich wohne an einem wunderschönen Ort, am X-Platz, das ist mir also viel wert. (G.U.; 12)

Das ist auch so ein bisschen der gesellschaftliche Aspekt, da bin ich in X [Wohnort], auch ein bisschen verwurzelt. (N.H.; 13)

Dass ich hier wohnen kann, dass ich basteln kann, das ist natürlich gut. Auch wenn ich unruhig bin, dann kann ich im Gang hin und her laufen. Mit der Wohnsituation bin ich zufrieden. (R.S.; 51)

Es ist mir wichtig, dass wenn ich durchs Dorf laufe, dass mich die Leute kennen und grüssen. Es gibt mir ein Zugehörigkeitsgefühl ... (A.D.; 24)

Für einen der Befragten hat das selbständige Wohnen nach jahrelangem Aufenthalt in verschiedenen Institutionen (Psychiatrie, Wohnheime) eine ganz besondere Bedeutung. Er kann wieder über seinen eigenen Raum verfügen und selber bestimmen, was er damit macht.

Es ist sehr viel besser geworden, vor allem seit ich aus dem Heim bin, in der eigenen Wohnung, wo es mir sehr gut gefällt. Auch wieder allein leben zu können, und Leute zu mir nach Hause einladen, mein eigenes Bett haben, meinen eigenen Tisch, mein eigene Küche mit dem Kühlschrank, wo ich die Sachen reintun kann, die ich gerne esse. Im Heim hatte ich gar keinen Kühlschrank, es gab diese Möglichkeit nicht... Und ich hatte ein möbliertes Zimmer mit einem Bett und einem Schrank, unpraktisch und klein. (R.O.; 100)

8.2.5 Die Bedeutung von Freizeitaktivitäten und Hobbies

Neben der Rolle von Arbeitstätigkeit und Geld erachteten die Interviewpartnerinnen und -partner verschiedenste Freizeitaktivitäten als wichtig für ihr Wohlbefinden. Dabei wurden, mit einer Ausnahme,

von allen Teilnehmenden *künstlerische und kreative Tätigkeiten* wie Singen, Musizieren, Schreiben, Fotografieren und insbesondere Malen als besonders bedeutsame Aktivitäten genannt, die teilweise mit viel Engagement und Leidenschaft betrieben wurden. Daneben wurden auch andere gestaltende und handwerkliche Tätigkeiten wie Basteln, Kochen, Stricken oder Programmieren als wichtige Freizeitbeschäftigung benannt. Die *Bedeutungen oder Funktionen*, die diese Tätigkeiten für die einzelnen Personen hatten, unterschieden sich stark. In erster Linie bereiten diese Tätigkeiten einfach Freude und wurden als wohltuend beschrieben – „man macht es einfach gern“ (D.K.; 96). Bei Tätigkeiten, bei denen etwas entsteht, wie beim Malen, ist zudem ein wichtiger Aspekt, etwas „entstehen zu sehen“ (A.D.; 70), etwas zu erschaffen. Wie beim Arbeiten spielt das *Kompetenzerleben* hier eine wichtige Rolle – ein Talent zu haben, es zu entwickeln, besser zu werden, etwas erschaffen, das anderen gefällt. Zum Teil wurde den Aktivitäten auch ganz spezifische Funktionen zugeschrieben: so berichtete ein Teilnehmer, dass soziale Beziehungen ihm eher Mühe bereiteten (zur Zeit des Interviews), die sozialen Kontakte in seinem Chor aber gut seien, da er in diesem vorgegeben Rahmen „nichts falsch machen“ könne (G.U.; 26). Zwei andere Teilnehmende sahen in der künstlerischen Tätigkeit einen Freiraum und eine Rückzugsmöglichkeit.

... mehr Künstlerisches, wo ich vielleicht auch Talent habe, das ich vernachlässigt hatte. Und da habe ich das auch wieder angefangen zu machen, und gemerkt, das bringt mir so viel, das gibt mir ein Gleichgewicht, eine Ausgeglichenheit. Und drum ist es wichtig. (G.U.; 30)

Es ist ein schönes Gefühl, dass ich etwas mache, was mir gefällt, und was auch andern gefällt. Malen ist einfach schön. (R.O.; 62)

Beim Singen ist es so – es ist so ein guter Outlet, so ein gutes Ventil, da kannst du dich so verwirklichen, es gibt so viel Sinn, da fühlst du dich so glücklich. Weil das kannst du, und das machst du dann auch. (U.J.; 33)

Ich denke, beim Musikmachen passiert es, dass ich nichts denke, es ist ein – ich finde es einfach sehr etwas Schönes, und ich merke, dass es mir sehr gut tut. (S.E.; 25)

Weil ich bin jemand, der am Abend - ich habe zwar einen Fernseher, aber ich schaue nie. Ich steigere mich in etwas rein [beim TV schauen], und dann [beim Malen] kann ich etwas machen, was auf einer ganz anderen Ebene ist als das, was ich den ganzen Tag lang mache im Geschäft. Mir ist es dann gleich, ob es schön wird oder weniger schön – ich gehe dann richtig fröhlich ins Bett und stehe auch so wieder auf. Man bewegt sich auf einer anderen Ebene, wenn man malt. (S.I.; 21)

Weitere Freizeitaktivitäten, die von den Teilnehmenden als wichtig für ihr Wohlbefinden erachtet wurden, sind *Sport, Bewegung und Natur*. Sportliche Betätigung wurde vor allem wegen der Nebenwirkungen von Medikamenten (vgl. 8.2.6.4) wie Gewichtszunahme oder Müdigkeit betrieben, während der Aufenthalt in der Natur der Erholung und Entspannung diene. Die Verantwortung für *Haustiere* wie Hunde oder Katzen trägt für einige Teilnehmende dazu bei, auch in Krisenzeiten eine Tagesstruktur zu behalten und nach draussen zu gehen, ebenso geben die Tiere ein Gefühl, zuhause nicht allein zu sein.

Das gibt es relativ häufig, dass ich – v.a. vor den Ferien – so eine strukturelle Müdigkeit habe, ich schlafe dann viel, und das Beste, das ich dann machen kann, ist Sport zu treiben, joggen... Im Sommer mit dem Velo zur Arbeit, und daheim haben ich einen Hometrainer und einen Stepper und einen Rebounder, das ist eigentlich (...) die beste Methode, um gegen die Schläffheit anzukämpfen, die teilweise auch noch ein bisschen von den Medikamenten kommt. (N.H.; 21)

Ich würde nicht sagen, ich flüchte mich in die Berge, aber ich erlebe - diese Weite, das Licht. Ich will dieses Licht sehen, durch diese Bäume schauen, das Wasserrauschen hören. Ich trinke immer Wasser aus dem Bach. Und ein bisschen schwitzen beim Aufsteigen, das tut gut. (S.I.; 114)

Ich fühle mich hier [im Wohnheim] daheim. Richtig daheim. Das Büsi [die Katze] ist da. (A.C.; 10)

Vier Teilnehmende bezeichneten auch den Glauben und insbesondere die Zugehörigkeit zu einer *religiösen Gemeinschaft* als wichtig für ihr Wohlbefinden, wobei dies in engem Zusammenhang mit sozialen Beziehungen genannt wurde.

Wie soll ich sagen, die Welt ist ja sehr materialistisch, und der Glaube ... Also, es ist nicht unsere Leistung, dass wir erlöst oder gerettet werden, und das ist konträr zur Wirtschaft. Und da ich in der offenen Wirtschaft nicht bestanden habe, gibt mir das eine gewisse Sicherheit und auch einen Trost, dass es nicht allein darauf [die Leistungsfähigkeit in der Arbeitswelt] ankommt. Und ich habe dadurch auch soziale Kontakte; wenn man nicht mehr im Erwerbsleben ist, hat man das einfach ein bisschen weniger, und deshalb ist es auch eine gute Stütze. (I.G.; 57)

8.2.6 Die Bedeutung der psychischen Erkrankung für das Wohlbefinden

8.2.6.1 Gegenwärtige Bedeutung der Erkrankung

Die psychische Erkrankung wurde von den interviewten Personen in verschiedenster Weise als relevant für ihr Wohlbefinden erachtet. Da die Erstbefragung der SIPSY-Studie zum Zeitpunkt der Interviews (Ende 2006, Anfang 2007) schon einige Jahre zurücklag, fragte ich die Teilnehmenden, welche *Rolle die psychische Erkrankung* bzw. allfällige Symptome gegenwärtig noch spiele. Nur ein Teilnehmer bezeichnete sich als vollkommen beschwerdefrei, die frühere Erkrankung bzw. Hospitalisierung spielten für ihn aber in der Gegenwart insofern eine Rolle, als er sich stigmatisiert fühlte (s.u.). Zwei Teilnehmende nahmen keine Medikamente, berichteten im Interview aber von Verstimmungen und Krisen, die sie weitgehend ohne professionelle Hilfe bewältigten. Für acht Teilnehmende spielte die Erkrankung noch eine Rolle, weil sie auf psychopharmazeutische *Medikamente* angewiesen waren (vgl. 8.2.6.2). Während sich ein Teil dieser Befragten als durch die Medikamente weitgehend beschwerdefrei bezeichneten, berichteten andere von anhaltenden oder rezidivierenden Symptomen. Alle Personen waren zur Zeit des Interviews psychisch soweit stabil, dass sie in den letzten zwei Jahren keine stationäre Behandlung benötigten. Schliesslich berichteten fünf Personen in den Interviews von *wiederholten schweren psychischen Krisen*, die teilweise auch eine Hospitalisierung erforderten.

8.2.6.2 Leid und Verzicht gegenüber Entwicklung und Bewältigung

In den Interviews wurden von den Befragten vielfältige Bezüge zwischen der psychischen Erkrankung und dem Wohlbefinden hergestellt, wobei dies einerseits im Zusammenhang mit der gegenwärtigen Bedeutung der Erkrankung, andererseits vor allem bezüglich der Veränderung der Lebensqualität geschah.

Die Betroffenen berichteten davon, wie sie unter gewissen Symptomen *litten* und als wie beängstigend und schlimm diese vor, während, aber auch nach psychischen Krisen oder akuten Erkrankungsperioden erlebt werden.

Ich hätte nicht mehr geglaubt, dass ich da wieder raus komme. Das ist Horror, in dem Moment, wo man drin ist. (G.U.; 63)

Es ist einfach wahnsinnig – Stimmen [hören], nicht schlafen können, nicht wissen, was Tag und Nacht ist. Ins Zeug kommen, ausrufen – grausam. (A.C.; 120)

Weil im Nachhinein habe ich gehört, was ich teilweise geboten habe, was ich mir da im Moment gar nicht so bewusst war, weil das so schlimm war. [Freunde haben mir dann erzählt], wie ich getan habe [wie ich mich verhalten habe], und so ein bisschen herrscherisch – wie ich furchteinflößend gewesen bin. Das ist mir dann schon ein bisschen eingefahren. Weil selber hat man ja während der Psychose eine andere Wahrnehmung. (N.H.; 71)

Für gewisse Leute heisst Manie Höhenflug und alles wunderschön, aber für mich war es sehr sehr schwierig und konfliktiv, und ich habe mich alles andere als wohlfühlt. (...) Und nach zwei Jahren bin ich in eine Psychose gelaufen und dann wurde es ganz schlimm. Und bin aus der Psychose in die Klinik gekommen, und hatte nach der Psychose eine ganz schwere postpsychotische Depression, und die zog sich durch bis vor etwa einem Jahr. Da war ich dann die ganze Zeit in der Klinik und im Wohnheim, nur noch ein Schatten meiner selbst. Ich habe nicht gelebt, nur noch vegetiert. (R.O.; 64:66)

Darüber hinaus erzählten die befragten Personen davon, wie sie aufgrund der Erkrankung bzw. bestimmter Symptome auf für sie wichtige Aktivitäten *verzicht*en müssen. Diese Einschränkungen zu akzeptieren, wurde als schmerzhafter und schwieriger Prozess beschrieben. Dazu gehören der in 8.2.2 beschriebene soziale Rückzug und die Isolation, aber auch die beeinträchtigte Arbeitsfähigkeit bzw. die Tatsache, aufgrund der Erkrankung den ursprünglichen Beruf nicht mehr ausüben zu können oder die Ausbildung nicht abgeschlossen zu haben. Einzelne Teilnehmende beschrieben, dass sie aufgrund von Konzentrationsschwierigkeiten als Nebenwirkung von Medikamenten keine Bücher oder Zeitungen mehr lesen können oder dass sie nicht mehr Auto fahren dürfen, was als sehr einschränkend empfunden wird.

Ich habe früher schon geschrieben und ich habe auch sehr viel gelesen, bis das mit den Depressionen angefangen hat, und ich mich einfach nicht mehr konzentrieren konnte. (E.J.; 23)

Es raubt extrem viel Kraft, es schränkt mich extrem ein. Meine Schwester und mein Bruder haben mich eingeladen am x., ich habe ihnen gesagt, dass ich gerne komme, aber ich habe jetzt gemerkt, ich kann da nicht am Abend hingehen, ich bin dermassen müde, es macht gar keinen Sinn, da hin zu gehen. (R.O.; 23)

Ich hatte schon ein bisschen den Wunsch, Kinder zu haben. Und mit den Medikamenten ist es einfach schwierig, man müsste schon sehr schauen, eventuell auf andere umsteigen, und jetzt habe ich bald einmal das Gefühl, es ist vielleicht besser, keine Kinder zu haben, weil ich weiss nicht, schwanger werden und Medikamente nehmen, das finde ich einfach ein Risiko. (...) ich denke, ja, es müssen vielleicht nicht meine eigenen Kinder sein – es wäre schon schön, aber ... (I.G.; 71)

Ebenfalls als belastend werden die *Stigmatisierung* und die Vorurteile gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen empfunden. Diese äussern sich einerseits in konkreten Vorfällen und Erlebnissen, z.B. im Verlust von Freundschaften oder der Ausgrenzung am Arbeitsplatz. Aber auch wenn keine solchen Erfahrungen gemacht wurden, ist für die Befragten klar, dass viele „gesunde“ Menschen eine negative Einstellung gegenüber psychisch Erkrankten und der Psychiatrie haben, weshalb sie sehr vorsichtig sind, ob und wen sie über ihre Erkrankung informieren.

Wenn ich das jemandem sage, was ich eigentlich nicht unbedingt mache, dass diese Person mich dann vielleicht ein bisschen – findet, ouh, Probleme, Hilfe, also mir so ein abwehrendes Gefühl entgegenbringt, das dann wiederum bei mir, das in dem Moment auf meine Lebensqualität insofern wirken kann in dem Sinn, da hast du einen schwarzen Tolggen [Fleck] (...) Wenn ich auffallen würde, käme ich ins Strudeln und würde denken, ouh, Hilfe, jetzt denken sie dann, ich spinne. Dann kommt es natürlich zum Tragen. Dass man Angst hat, was die anderen denken. (T.R.; 90:92)

Da hat mich ein Typ gefragt, also er hat gesagt, er hätte Borderline, und hat mich dann gefragt, was ich denn habe, und da habe ich gesagt, ich leide unter Schizophrenie. Da hat er gesagt, ouh, du Armer. Und ich fand dann, so verrückt schlimm ist es ja nicht. (N.H.; 99)

Wenn Sie in der Öffentlichkeit sind, am Stammtisch oder so, wenn dann das Wort X oder Y [Namen von psychiatrischen Kliniken] fällt, heisst es, es ist eine Spinnwinde, sind alles Doo-fe da. Das ist ganz, ganz schlimm, diese Ansichten, dass das noch nicht besser ist. Ich selber rede im Geschäft nicht über das, das ist etwas, was ich nicht mache (...) Aber ich würde das auch nicht machen, weil die Leute sehen das anders, sie sehen das nicht richtig, die kommen gar nicht draus, worum es geht - leider. (D.K.; 64:72)

Ich wollte meine alten Kollegen besuchen. Das hatte sich aber total verändert, die wollten gar nicht gross mit mir reden. Und jetzt, da spielt natürlich auch mein Zwillingsbruder eine Rolle, er sagt seit Jahren, dass er mich nicht treffen will, er will mich nicht sehen und ruft mich auch nicht an. (S.I.; 25)

Trotz der Belastungen und Einschränkungen, die sich für die befragten Personen aus der psychischen Erkrankung ergeben, berichteten alle Teilnehmenden auch von *positiven Entwicklungen* und von *Kompetenzen*, die sie im Umgang mit der Erkrankung (s.u.) erworben haben. Zum Teil wurde der erste Klinikaufenthalt als eine Art *biografischer Wendepunkt* beschrieben, der auch *Chancen für Lernprozesse* eröffnete. Hierzu gehört vor allem, sich selber und die eigenen Bedürfnisse besser kennen ge-

lernt zu haben und gelernt zu haben, was und wer dem eigenen Wohlbefinden zuträglich ist. Einigen Befragten gelang es mit der Zeit, auch kleine Verbesserungen z.B. des Befindens oder des eigenen Umgang mit der Erkrankung positiv und als wichtig für das Wohlbefinden zu werten, während andere die Erkrankung als unveränderbare Tatsache ansehen, der sie sich anzupassen haben.

Dann haben wir den Notarzt gerufen, er hat mich gleich in die Klinik geschickt. Und dann, Medikation und alles. Dann lernte ich den Dr. X. [niedergelassener Psychiater] und Frau Y. [Psychologin] kennen, musste sie kennen lernen. Von da an ging es mir immer besser. Und sie [in der Klinik] liessen mich erst gehen, als ich ihnen die ersten Termine mit Dr. X. präsentieren konnte. Das fand ich gut. Seit dann geht es stetig bergauf. Klar, ich arbeite auch nicht mehr so viel, verdiene auch nicht mehr so viel. Aber die Lebensqualität an sich hat sich geändert, ich habe mehr Zeit, lerne mich selber besser kennen, ich muss lernen, was ich überhaupt will, das finde ich gut. Für mich persönlich ist es viel besser. (A.D.; 78)

Auf die andere Seite denke ich, vielleicht ist es so gewesen, damit ich den Weg hierhin gefunden habe, dass ich einen neuen Kollegen- und Freundeskreis aufbauen konnte. Alles, was mir nicht gut getan hat, habe ich gestrichen, inklusive meine Mutter und Geschwister. Ich habe keinen Kontakt mehr mit Leuten, die mir nicht gut tun. Und so konnte ich etwas Neues aufbauen. Die Leute hier tragen mich auch, wenn ich Schmerzen haben, sie fahren mich heim, wenn es nicht geht, oder notfallmässig in den Spital, da kann ich einfach anrufen. (L.E.; 49)

Aber Glücksgefühle, z.B. wenn man so eine Krankheit überwindet, und sagen kann, so, dass kann ich jetzt, und selbstbewusst hinstehen und sagen zu können, ich weiss, es ist nicht einfach, psychische Krankheit zu erleben, aber die Probleme kann man lösen, man muss nicht bis ans Lebensende deswegen leiden. (U.J.; 99)

Was sehr, sehr wichtig ist, und was sehr viel besser geworden ist, ich kann mich freuen, ich kann lachen, ich kann geniessen, Zufriedenheit, das Gefühl, einmal zufrieden sein zu können, mit mir, mit der Wohnsituation, mit dem Alltag, dem Leben, das ich habe. (R.O.; 100)

Dass ich eine gewisse Freiheit habe, dass ich den Alltag selber bewältigen kann, ohne Hilfe von aussen. (I.G.; 27)

Also ich bin jetzt zufrieden, dass ich zweimal morgens den Wecker gehört habe, ich habe sechs Wecker, das Handy und das Telefon, und ich werde trotzdem nicht wach. Jetzt habe ich es zweimal geschafft. (E.J.; 31)

Man muss halt annehmen, was das Leben bringt – man muss sich anpassen. (S.P.; Protokoll)

Wie aus den Beschreibungen der Befragten hervorgeht, sind sie *Expertinnen und Experten im Umgang mit der Erkrankung* geworden. Dabei steht weniger der Umgang mit spezifischen Symptomen im Vordergrund, sondern eher jener mit der eigenen, durch die Erkrankung erhöhten psychischen Verletzlichkeit. Hier bestanden bei den Teilnehmenden sehr unterschiedliche Formen des Umgangs. Neben konkreten Bewältigungsstrategien wie der Einnahme von Medikamenten (vgl. 8.2.6.4), einem Notfallprogramm bei Krisen (vgl. Zitat weiter unten) oder der Durchstrukturierung des Tages oder der Woche (vgl. 8.2.3) ist für die befragten Personen vor allem wichtig, dass sie „zu sich selber schauen“

(S.E.; 51), zu grosse Belastungen vermeiden und ein Gleichgewicht finden zwischen Aktivität und Erholung. Voraussetzung dafür ist die Akzeptanz der Erkrankung und die Integration ins eigene Selbstbild.

Also und was ich jetzt inzwischen daran bin, dass ich nicht mehr so kämpfe dagegen. Früher habe ich vielleicht noch gefunden, so und jetzt weg, und das darf jetzt nicht sein. (...) Und das gibt so eine Erleichterung, sonst ist so etwas Angespanntes in einem, das man loswerden will, und es dann eben nicht loswird. Und das habe ich bis vor nicht allzu langer Zeit gemacht, dagegen angekämpft, das muss jetzt weg, und jetzt akzeptiere ich es mehr, und finde eher, gut, es ist jetzt halt einfach so, jetzt muss ich einfach warten. (T.R.; 29)

Letztes Mal wusste ich z.B., ich gehe jetzt einfach ins KIZ [Kriseninterventionszentrum], es ist wie ein Notfallprogramm, das ich habe, da muss ich dann wie einfach den Startknopf drücken. Das hat jetzt funktioniert. (L.C.; 62)

Ich möchte meinen Wochenablauf einfach nicht zu stark belasten. (...) Wenn es dann zuviel wird – es tut mir eben auch nicht gut. (N.H.; 61)

Dass ich mir besser schaue. Von aussen würde man vielleicht sagen, ich sei egoistischer geworden. Dass ich einfach auch weiss, was mir gut tut, und eben nicht gut tut, und mich da auch versuche, zu schützen. (S.E.; 51)

8.2.6.3 Die Rolle von Medikamenten und professioneller Hilfe

Im Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung und deren Auswirkungen auf das Wohlbefinden wurde von allen Teilnehmenden auf die Bedeutung von professioneller Hilfe, psychiatrischer Behandlung und Medikamenten Bezug genommen. In den Interviews kamen *verschiedene Einstellungen* zum Ausdruck: professionelle Hilfe und Medikamente wurden als sehr positiv oder zumindest hilfreich erlebt, sie wurden abgelehnt und teilweise bewusst vermieden, oder die Einstellung war ambivalent, d.h. dass die Einsicht bestand, dass professionelle Unterstützung oder Medikamente nötig sind, um die Erkrankung oder deren Folgen zu bewältigen, diese Tatsache aber als negativ und einschränkend erlebt wurde.

Ein Teilnehmer erzählte, er benötige keine Medikamente mehr, während zwei Personen trotz psychischer Krisen oder Verstimmungen bewusst auf Medikamente verzichteten. Acht Teilnehmende erlebten die Medikamente als hilfreich oder bezeichneten sie sogar als dasjenige Mittel, das ein Leben in „normalen“ Bezügen erst ermöglicht.

...und ich finde, das [die Medikamente] macht einen kaputt mit der Zeit. Es verändert das Gefühlsleben. Vielleicht merkt man dann eine Stimmung, wie ich sie jetzt grad habe, nicht so gut. (...) Da bin ich auch eine währschafte, gesunde Natur, dann wird da einfach auch etwas durchgestanden. Aber das ist mir lieber als... Da bin ich nicht so schwach. Ich will nicht in dieses Fahrwasser kommen. Das ist mir klar. (T.R.; 96:100)

Es gibt eine gewisse Grundstabilität – es ist kein Allerheilmittel, aber es stabilisiert. Und das ist wunderbar. (G.U.; 61)

Ich hatte damals Medis [Medikamente], es hat mich da auch herauskatapultiert aus dem Ganzen, und es war ziemlich unheimlich, und auch spannend. Es macht mir auch derart Angst, dass ich das Gefühl habe, ich muss andere Strategien entwickeln, um mit meinen Geschichten umzugehen, mit diesen Aufs und Abs. (L.C.; 58)

Die Lebensqualität hat zugenommen durch die Medikamente, ich wusste ja nie, was ich habe. (A.D.; 84)

Die Einnahme von Medikamenten wurde teilweise aber auch als *ambivalent* empfunden.

Ich glaube einfach, dass es ohne Medikamente zum jetzigen Zeitpunkt nicht geht. Aber, ich sage seit Jahren, ich will keine Medikamente nehmen, und ich will auch nicht mehr dahin [in die Klinik]. Aber es geht nicht ohne. Weil ich sonst in eine Krise falle. (S.I.; 89)

Also teilweise habe ich gedacht, ich könnte vielleicht frei werden von den Medikamenten, oder. Aber es hat sich herausgestellt, dass es irgendwie nicht so geht ohne. Das ist dann immer ein bisschen ernüchternd. Aber ich kann es akzeptieren. (I.G.; 35)

Als problematisch im Zusammenhang mit der Einnahme von Medikamenten wurden vor allem deren *Nebenwirkungen* wie Müdigkeit, Gewichtszunahme und Dyskinesien empfunden. Während die einen Teilnehmenden dies als unveränderbar wahrnahmen, suchten andere einen aktiven Umgang damit, z.B. indem sie Sport betrieben.

N.H.: Wenn man gegen Müdigkeit ankämpfen muss, ist das eine Folter. Das ist wirklich schlimm.

Interviewerin: Aber Sie machen dann Sport?

N.H.: Ja, Sport ist das eine, andererseits habe ich auch noch eine Hochleistungs-kaffeemaschine. Den Luxus habe ich mir auch geleistet. (N.H.; 99:101)

Ja, ich habe zugenommen durch die Medikamente, und habe es [das Gewicht] jetzt aber leider nicht mehr herunter gebracht. (I.G.; 17)

Auch die *professionelle Unterstützung* durch psychiatrische, psychotherapeutische oder medizinische Fachpersonen wurde unterschiedlich erlebt und in Abhängigkeit vom gegenwärtigen Stellenwert der Erkrankung auch in sehr unterschiedlichem Ausmass in Anspruch genommen. Während die einen den Klinikaufenthalt zu Beginn der SIPSY-Studie oder auch schon früher als positiven Wendepunkt (s.o.) werteten oder der Unterstützung durch Hausärzte oder Psychotherapeutinnen eine wesentliche Bedeutung für ihr Wohlbefinden und ihre psychische Stabilität beimassen, erlebten andere die professionelle Hilfe insbesondere in der stationären Psychiatrie als ambivalent oder negativ, beängstigend und bevormundend.

Es gab auch eine neue Gruppe [Therapiegruppe in der Klinik], die hat mir sehr viel genützt, soziale Kompetenz [Training der sozialen Kompetenz], da habe ich gesehen, dass ich doch noch Reserven habe. (E.J.; 78)

Dadurch, dass man dann wieder in der Klinik ist, verliert man vieles wieder, eben die Freiheit, man wird in vielem eingeschränkt, dass man wieder das Gefühl hat, man ist bevormundet, fast, und man ist dann wie einen Schritt zurückversetzt. (I.G.; 67)

Ich war sehr froh um die Klinik, ich habe mich selber einweisen lassen, weil ich nicht wusste wohin, und ich hatte auch Glück, da ich gute Bezugspersonen hatte auf den Stationen, aber jetzt bin ich froh, dass ich nichts mehr damit zu tun habe. (L.E.; 81)

Das zweite Mal war ich in XY [hospitalisiert], das war noch viel übler. Da habe ich meine letzten Kräfte mobilisiert, um so schnell wie möglich da wieder rauszukommen. Ich habe gemerkt, eigentlich ist die Psychiatrie nicht wirklich etwas, das gut tut. (S.E.; 65)

Und dann ist das Einzige, was nützt, ist, wenn ich zu Frau Y. [Psychologin] gehen kann und sagen kann, ich drehe durch. Und sie hört mir zu und fragt, warum. Sie ist die Einzige, die mich dann noch nehmen kann. Sie bringt es fertig, dass ich eine Stunde lang normal bin. (A.D.; 100)

8.2.7 „Bilanzierung“ und Definitionen von Lebensqualität

Aus den Interviewtexten liessen sich inhaltsanalytisch zentrale Themen und Aspekte herausarbeiten, die von den Befragten im Zusammenhang mit ihrer Lebensqualität als wichtig erachtet wurden. Obwohl es ein Ziel der Inhaltsanalyse war, Gemeinsamkeiten in den Aussagen zu finden und diese nach Bereichen zusammenzufassen, zeigten die Interviews deutlich, wie gross die Unterschiede nicht nur bezüglich der Lebenssituation der Befragten waren, sondern auch wie unterschiedlich einzelne Lebensbereiche in Abhängigkeit von Wünschen und Zielen bewertet wurden. Im Laufe des Interviews nahmen alle Teilnehmenden *Bilanzierungen* vor: dabei handelt es sich um *eine oder mehrere Aussagen, die sich auf die eigene Lebenssituation als Ganzes* bezogen. Um die Unterschiede zu verdeutlichen, werden diese Bilanzierungen in Bezug auf die zentralen Themen im Folgenden für alle Befragten zusammengefasst.

Gegen Ende des Interviews wurden die Teilnehmenden zudem nach ihrer *Definition* von Lebensqualität gefragt (vgl. 6.3.2). Fast alle Teilnehmenden konnten Lebensqualität für sich definieren. Die Antworten widerspiegeln die unterschiedlichen Auffassungen und die individuelle Bedeutung einzelner Lebensbereiche, weshalb ich sie wörtlich wiedergebe.

Für Frau R. sind Freundschaften sehr wichtig. Sie hat den Wunsch nach einer Partnerschaft und einem Leben im Verbund, dies zu verwirklichen scheint ihr aber schwierig. Mit ihrer Arbeitssituation ist sie zwar zufrieden, würde aber gern vermehrt künstlerisch tätig sein. Die psychische Erkrankung spielt für sie in ihrem Leben insofern noch eine Rolle, als dass sie befürchtet, von anderen wegen des Klinikaufenthalts abgewertet zu werden. Mit ihren „Stimmungen“ versucht sie umzugehen, indem sie sie akzeptiert und nicht dagegen ankämpft. Alles in allem findet sie ihre Lebenssituation in Bezug auf Arbeit, Wohnen und Beziehung nicht sehr erfüllend. Dies hat für sie auch mit dem Älterwerden zu tun und äusserst sich in einem zunehmenden Bedürfnis nach Sicherheit und dem Gefühl, dass nicht mehr „alles offen“ ist. Für sie ist Lebensqualität verbunden mit einem *unverzichtbaren, aber bisher unerfüllten Wunsch*.

Da würde ich spontan sagen, Lebensqualität, das bedeutet für mich in einem geselligen Verbund zu leben und künstlerisch tätig zu sein. Da ist mein Herz zuhause.

Herr I. hat in seiner Wahrnehmung durch die Vorurteile gegenüber seiner Erkrankung den Kontakt mit alten Freunden und seinem Bruder verloren. Er ist daran, neue Freundschaften aufzubauen und sieht hier auch eine Verbesserung seiner Situation. Am besten geht es ihm sonntags, wenn er zur Kirche geht. Er arbeitet vollzeitlich und ist froh darüber, dass er seinen Lebensunterhalt selbst verdienen kann. Allerdings merkt er auch, dass der Arbeitsalltag ihn zeitweise stark belastet und überfordert. Obwohl er eigentlich keine Medikamente mehr nehmen möchte, ist für ihn klar, dass es zurzeit ohne Medikation „nicht geht“. Als besonders einschränkend empfindet er es, dass er sein Motorrad nicht mehr benutzen darf und deshalb sein Leben „viel langsamer“ geworden ist. Bezüglich seiner Lebenssituation sieht er zwar die Verbesserungen im Sozialen, er findet aber auch, dass er vor der Krise „viel der erfolgreichere Mensch“ gewesen ist und er sich eigentlich „nie mehr richtig erholt“ hat. Auch für Herrn I. ist die Lebensqualität mit einem *unerfüllten Wunsch* verbunden.

Lebensqualität ist für mich sehr – also es wäre eigentlich sehr wichtig, dass es gut ist, aber ich erlebe es nicht immer als gut. Manchmal ist meine Lebensqualität sehr schlecht.

Herr U. empfindet zurzeit des Interviews soziale Beziehungen als einen schwierigen Lebensbereich. Das Fehlen einer Partnerschaft empfindet er als „Manko, das vieles überschattet“. Seine Arbeit gibt ihm eine gewisse Tagesstruktur, und mit seiner Wohnsituation ist er sehr zufrieden. Sein künstlerisches Hobby gibt ihm die Möglichkeit, ein ihm wichtiges Talent weiterzuentwickeln. Die Erkrankung spielt für ihn insofern eine Rolle, als er Medikamente einnimmt, was er als hilfreich und stabilisierend empfindet. Von seinen Klinikaufenthalten ist ihm eine „minimale Alarmbereitschaft“ gegenüber Stimmungsschwankungen geblieben, auch ist die Sicherheit verschwunden, dass ihm „so etwas nie passiert“. Im Moment ist er mit seinem Leben zufrieden, er findet, er könnte noch ein bisschen gelassener sein. Insgesamt ist er in seiner Wahrnehmung in den letzten Jahren kritischer geworden, er hinterfragt mehr, was er einerseits schätzt, andererseits „macht es das auch nicht einfacher“. Für Herrn U. ist Lebensqualität eng verbunden mit *Entwicklungsprozessen und einer Zukunftsperspektive*.

Lebensqualität ist für mich, in verschiedenen Bereichen und Möglichkeiten aufgehen zu können, sich entdecken können, Impulse holen können. Lebensqualität bedeutet für mich, möglichst wenig mit Leuten zusammen zu sein, privat vor allem, die mir nichts bringen; also wo es mir wohl ist.

Frau D. lebt mit ihrem Mann zusammen in einer Wohnung, die ihr sehr gefällt, weil sie hell und gross ist. Die gute Beziehung zu ihren Eltern bedeutet ihr viel, wie auch ihre Freundinnen, die sozialen Kontakte am Arbeitsplatz und die Integration im Dorf. Ihre Teilzeit-Arbeit gefällt ihr, obwohl sie sie manchmal nicht sehr herausfordern empfindet. Ihr ist die Arbeit vor allem auch wichtig wegen der Struktur, die sie ihr gibt. In ihrer Freizeit ist Frau D. sehr aktiv, einerseits weil sie viele kreative Hobbies betreibt und zu ihrem Hund schauen muss, andererseits braucht sie auch in der Freizeit viel Struktur, um nicht „in Löcher“ zu fallen. Nach einem Klinikaufenthalt vor einigen Jahren nimmt sie noch Medikamente, und berichtet davon, zwei bis drei Mal pro Jahr in schwere psychische Krisen zu geraten, während derer sie sich stark zurückzieht und nur noch ihre Psychologin sieht. Mit ihrer Lebenssi-

tuation ist sie zufrieden und möchte im Moment nichts daran ändern. Für ihre Lebensqualität erachtet Frau D. vor allem einen *positiven Bezug zu sich selber und der Welt* als wichtig, da dieser ihr in den depressiven Phasen immer wieder abhanden kommt.

Lebensqualität ist, wenn die Sonne scheint, und wenn man die Sonne wahrnimmt. Das tönt blöd, aber es gibt Momente, wenn ich in meinen Löchern bin, da sehe ich die Sonne, und ich weiss, dass sie scheint, es kommt aber nicht bis zu mir. Lebensqualität ist für mich zu spüren, was passiert. Bewusst zu leben, und wenn es mit Medikamenten einfacher geht, dann mache ich das so. Das ist für mich das Wichtigste – zu spüren, dass man lebt.

Wenn sich Herr C. mit anderen vergleicht, findet er, dass er sehr viel allein ist. Für ihn ist das aber in Ordnung so, und in seinen Freundschaften fühlt er sich aufgehoben. Er arbeitet gerne auf seiner Stelle, wobei ihm wichtig ist, dass er sich nicht verstellen muss. Auch ihm bedeuten künstlerische Tätigkeiten viel, sie stellen Frei- und Fluchträume dar, wohin er sich zurückziehen kann. Er hat nach wie vor psychische Krisen, die er aber nicht mit Hilfe von Medikamenten, sondern mit einem „Notfallprogramm“ zu bewältigen versucht. Für ihn ist für sein Wohlbefinden zentral, dass er sich nicht allzu sehr festlegt, nicht in allzu starren Strukturen lebt. Auch ein Ausgleich zwischen dem Rückzug in die Freiräume und dem Alltagsbezug ist ihm wichtig. Für die Zukunft befürchtet er, dass er irgendwann verbittert werden könnte, weil für ihn sich nicht festzulegen auch bedeutet, nie ganz zufrieden zu sein. Herr C. beschreibt Lebensqualität als *Vertrauen ins Leben und in die Zukunft*.

Zuversicht zu haben, ein Vertrauen zu haben, an mich, oder an mein Umfeld, dass es weitergeht, dass ich das machen kann, mir diese Freiheiten behalten und herausnehmen, die ich brauche, die ich mir wünsche, die ich mir vorstelle. Das ist so eine Zuversicht, die ist nicht euphorisch, die ist irgendwie wie so ein Teppich, es ist ein Boden, es gibt kein Minus auf einer Skala. Dass ich weiss, irgendwas hält mich immer. Eine Art - also ich bin nicht religiös oder so, aber Gottvertrauen finde ich ein gutes Wort dafür.

Frau E. ist mit ihrer familiären Situation gegenwärtig „nicht so glücklich“, insbesondere was die Beziehung zu ihrem Mann betrifft. Ansonsten sind ihr soziale Beziehungen sehr wichtig, und ihre Arbeit mit Kindern gibt ihr viel. Sie verbringt viel Zeit auf Hundespaziergängen in der Natur und kann sich dort gut erholen. Daneben gibt ihr auch das Musizieren viel Kraft. Sie bezeichnet sich als Menschen, der nicht immer „alles so easy nimmt“, was sie zwar gut findet, jedoch wünscht sie sich ein bisschen mehr „Polster“. Sie hat durch die Erkrankung gelernt, besser zu sich zu schauen, besser zu wissen, was ihr gut tut und was nicht. Für sie war die „grosse Krise“ der Anlass, sich einen neuen Lebensinhalt zu schaffen – ein Prozess, den sie für noch nicht abgeschlossen betrachtet. Für Frau E. setzt sich Lebensqualität zusammen aus *Freiraum und Einbettung*.

Freiraum zu haben. Ein Zuhause zu haben. Begegnungen mit anderen Menschen. Eine gesunde Umwelt, die Natur.

Frau J. lebt eher isoliert, sie hat vor allem mit ihrer Mutter und ihrer Schwester Kontakt, seit ihr Partner vor einigen Jahren verstorben ist. Sie erzählt, dass sie Mühe hat, mit „gesunden“ Leuten zu kom-

munizieren, weil sie denkt, nichts Interessantes zu sagen zu haben. Frau J. war im Laufe des vergangenen Jahres rund sechs Monate in der Klinik, und erlebt es für ihre Lebensqualität als negativ, dass die Erkrankungsepisoden und Klinikaufenthalte immer länger werden. Obwohl sie sagt, es gebe im Moment nichts in ihrem Leben, das ihr wirklich Freude macht, benennt sie einige positive Aspekte und Entwicklungen – dass sie angefangen habe zu kochen, dass es ihr wieder besser geht, und dass sie es zwei Mal geschafft hat, zur rechten Zeit aufzustehen. Für Frau J. ist Lebensqualität damit verbunden, dass sie sich als *aktive, genussfähige und tüchtige Frau* erleben kann.

Es ist für mich eigentlich das Gefühl, das ich jetzt wieder habe. Seit dem letzten Klinikaustritt. Wirklich mal einen Tag zu bestreiten, Lust haben, etwas zu machen, endlich aufräumen, zum Haus hinaus gehen, ich habe auch eine Kollegin eingeladen, solche Sachen.

Herr H. lebt allein und bezeichnet sich als „zufriedenen Single“. Ihm sind seine langjährigen Freundschaften sehr wichtig, wobei er mit seinen Freunden einerseits die Freizeit verbringt, andererseits auch die Möglichkeit genießt, sich auszutauschen und über Probleme zu reden. Er ist froh, vollzeitlich arbeiten zu können und sehr zufrieden mit seiner Stelle und seinem Vorgesetzten, mit dem er offen über seine Erkrankung sprechen kann. Herr H. nimmt seit Langem Medikamente und bekämpft deren Nebenwirkungen vor allem mit sportlicher Aktivität. Um sich nicht zu überfordern, versucht er, Stress zu vermeiden. Er findet seine Erkrankung eigentlich „nicht so schlimm“, hat aber schon Erfahrungen mit Ausgrenzung und Vorurteilen gemacht. Herr H. ist insgesamt mit seiner Lebenssituation zufrieden, er meint, dass es nicht unbedingt eine stetige Steigerung – „eine grössere Wohnung, ein schnelleres Auto“ – geben muss, um zufrieden zu sein. Herr H. stellt für seine Lebensqualität *Zufriedenheit in Bezug auf verschiedenste Lebensbereiche* in den Vordergrund.

Da gehört ein bisschen Konsum dazu, dass man sich etwas leisten könnte, da gehören gute Freunde dazu, ein soziales Umfeld, keine monotone Arbeit, Gesundheit, also Zufriedenheit allgemein.

Frau C. fühlt sich gut eingebettet, sie wohnt in einem Wohnheim, hat aber häufigen Kontakt zu ihren Kindern und der Familie ihres Ex-Mannes. Sie hat auch einen neuen Partner, und diese Beziehung ist ihr sehr wichtig. Ihre Arbeit im geschützten Bereich macht ihr Spass, auch wenn sie sich manchmal wünscht, in der freien Wirtschaft arbeiten zu können. In ihrer Freizeit genießt sie die Ausflüge mit ihrem Partner. Sie war im Jahr vor dem Interview hospitalisiert und nimmt auch Medikamente. Im Umgang mit der Erkrankung hilft ihr eine Tagesstruktur. Sie ist zufrieden und möchte an ihrem Leben nichts ändern. Neben dem *körperlichen Wohlbefinden* ist Frau C. für ihre Lebensqualität die *soziale Einbettung* zentral.

Gut essen, viel schlafen, einen Schatz haben, meine Kinder, Mamuschka [Ex-Schwiegermutter], meine Geschwister, Schwager und Schwägerinnen. Das Familienklima, wissen Sie, wir können sehr gut kommunizieren miteinander.

Herr P. lebt sehr zurückgezogen, und sagt, dass er am liebsten allein ist. Ihm ist seine Tochter sehr wichtig, und er ist sich seiner Verantwortung als Vater bewusst. Er hat in seiner Wahrnehmung durch die Erkrankung „Arbeit und Geschäft“ verloren, und ist gegenüber der Psychiatrie eher negativ eingestellt, wobei er davon berichtet, dass er sich diesbezüglich auch „versöhnen musste“. Herr H. bezieht eine IV-Rente und wünscht sich, manchmal ein bisschen mehr Geld zu Verfügung zu haben, da es kaum für Kino- und Restaurantbesuche reicht. Er äussert sich nicht bezüglich seiner Lebensqualität, weshalb auch keine Definition wiedergegeben wird, sondern meint, man müsse sich halt einfach anpassen, annehmen, was kommt und die Erfahrungen schätzen, die man machen dürfe. Daraus lässt sich ableiten, dass bezüglich seiner Lebensqualität vor allem die *Akzeptanz* im Vordergrund steht.

Frau G. ist seit wenigen Jahren verheiratet und lebt mit ihrem Mann zusammen. Freundschaften sind ihr wichtig, und durch die religiöse Gemeinschaft, der sie angehört, fühlt sie sich getragen und unterstützt. Sie arbeitet geschützt im sozialen Bereich. Obwohl sie in ihren Augen in der freien Wirtschaft „nicht bestanden“ hat, erachtet sie ihre gegenwärtige Tätigkeit als sinnvoll und nützlich. In ihrer Freizeit strickt, malt und singt sie, auch Reisen sind ihr wichtig. Die psychische Erkrankung macht sich für sie dadurch bemerkbar, dass sie „reduziert“ ist und „langsamer im Denken“, ebenso merkt sie, dass sie in der Öffentlichkeit und unter vielen Leuten sehr empfindlich ist, wovon ihr die Medikamente einen gewissen Schutz bieten. Sie meint, es wäre schön, ein bisschen positiver denken zu können. Wenn sie sich mit den Menschen in dem Land vergleicht, wo ihr Mann herkommt und wo sehr viel Armut herrscht, findet sie aber, es gehe ihr sehr gut. Für Frau G. besteht Lebensqualität aus *Unabhängigkeit* und dem *Genuss der Aktivitäten*, die ihr wichtig sind.

Also, Lebensqualität ist für mich, das zu machen, was ich will, dass ich eine gewisse Freiheit habe, dass ich mich selbständig bewegen kann ... Die Natur gibt mir auch viel, ich gehe auch noch gerne laufen, Wald oder Tiere (...) Einfach nicht eingeschränkt sein, schon das machen zu können, woran man Spass hat.

Herr K. lebt mit seiner Frau und zwei der drei Kinder zusammen. Für ihn muss das soziale Umfeld einfach „stimmen“, dies gilt zuhause, in der Freizeit und am Arbeitsplatz, wo ihm Harmonie wichtig ist. Geld ist für ihn insofern wichtig, als er sich alles leisten können möchte, was er braucht. Er bezeichnet sich als beschwerdefrei, aber die Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen beschäftigt ihn sehr und hat ihn auch zur Zeit seines Klinikaufenthalts stark belastet. Er ist mit seiner Situation zufrieden und sieht keinen Veränderungsbedarf. Für Herrn K. ist in Bezug auf Lebensqualität *Zufriedenheit*, *Harmonie in sozialen Beziehungen* und das *Wohlergehen anderer* wichtig.

Lebensqualität ist für mich, wenn es mir gesundheitlich sehr gut geht, und ich ein gutes Auskommen habe mit dem Umfeld und allem, und sonst auch zufrieden bin. (...) Dass es harmonisiert. Natürlich gibt es immer Auf und Ab, aber mehrheitlich habe ich es lieber, wenn es mir gut geht. (...) Eben, wenn es mir gut geht, wenn ich alles haben kann, was ich zum Leben brauche, die Frau glücklich machen, das gehört auch dazu – es genügt nicht, wenn es nur mir gut geht, anderen muss es auch gut gehen.

Herr O. lebt nach mehreren Jahren in Institutionen nun wieder in einer eigenen Wohnung und genießt dies sehr. Er versucht zurzeit, an alte Freundschaften anzuknüpfen, was ihm auch gelingt. Daneben wäre ihm eine Liebesbeziehung sehr wichtig. Seine Arbeit im geschützten Rahmen empfindet er als seinen Fähigkeiten und seiner Ausbildung zu wenig entsprechend, er fühlt sich unterfordert. Dazu kommt, dass er sehr wenig Geld zu Verfügung hatte, so musste er für neue Vorhänge mehrere Monate lang sparen. In seiner Freizeit programmiert er, malt und fotografiert. Als grösste Schwierigkeit und Belastung nimmt Herr O. gegenwärtig seine anhaltenden Erschöpfungszustände wahr, die ihn vor allem an einem „normalen“ Tagesablauf hindern bzw. seine Freundschaften und Freizeitaktivitäten stark einschränken. Trotzdem wertet er vieles an seinem neuen, selbständigen Leben als positiv, u.a. dass er wieder lachen und geniessen kann. Für Herrn O. besteht Lebensqualität in einem *durch die Erkrankung weniger beeinflussten, normalen Leben*.

Lebensqualität ist genug Geld haben, dass ich davon leben kann, dass ich einen normalen Alltag leben kann, dass ich mir ab und zu etwas leisten kann, dass vielleicht sogar noch Ferien drinliegen würden. (...) Ich glaube, wirklich gute Lebensqualität wäre einfach gesund zu sein. Die Depressionen nicht, und die Belastungen nicht, und nicht die Erschöpfung, sondern ein stinknormales Leben führen zu können, und vielleicht einen Job, der ein bisschen mehr ist als stinknormal. Einen guten Freundeskreis zu haben, zusammen ins Kino gehen oder ins Theater, oder mal tanzen gehen, am Abend abmachen [sich verabreden].

Frau E. fühlt sich vor allem durch die Menschen in der Kirchgemeinde getragen, in der sie freiwillig mitarbeitet. Diese Beziehungen und auch jene zu ihrem Sohn sind für sie zentral. Sie hatte Mühe, zu akzeptieren, dass sie nicht mehr „auswärtig“ arbeiten kann, die jetzige Arbeit empfindet sie jedoch als sehr bereichernd und interessant. Gerne würde sie in einer anderen Wohnung leben, dies ist aus finanziellen Gründen aber nicht möglich. Auch Ferien konnte sie sich in den letzten acht Jahren nicht leisten. Sie nimmt zurzeit noch Antidepressiva, ist aber aufgrund körperlicher Beschwerden auch auf andere Medikamente angewiesen. Für ihre Lebensqualität wäre ihr wichtig, dass es ihr gesundheitlich besser ginge. Sie sieht den Sinn ihrer psychischen Krise darin, dass sich ihr dadurch die Möglichkeit eröffnet hat, wieder Freundschaften und einen neuen Lebensinhalt aufzubauen. Für ihre Lebensqualität sind soziale Beziehungen zentral.

Interviewerin: Wenn Sie Lebensqualität definieren müssten, was würden Sie dann sagen, „Lebensqualität ist für mich...?“

L.E.: Viel besser.

Interviewerin: Und was beinhaltet es?

L.E.: Soziale Kontakte, das ist für mich lebenswichtig.

Ihr Partner und die Beziehung zu ihren Kindern sind für Frau J. sehr wichtig. Auch sonst ist es ihr wichtig, dass sie gute Freundschaften pflegen kann und dass sie auf der Strasse Leute kennt, da dies ihr ein Gefühl von Zuhause vermittelt. Frau J. arbeitet teilzeitlich. Da sie daneben eine IV-Rente bezieht, kann sie nicht allzu viel dazuverdienen. Ihre prekäre finanzielle Lage und vor allem die Altersvorsorge bereiten ihr Sorgen. Für ihr Wohlbefinden ist Frau J. das Singen von grosser Bedeutung, sie

betreibt es mit viel Leidenschaft. Es kann zwar „Krisen nicht verhindern“, gibt ihr aber Kraft und Lebensfreude. Sie nimmt sehr „schwere“ Medikamente und muss ihren Tagesablauf aufgrund der Nebenwirkungen auf die Einnahme abstimmen. Allerdings machen die Medikamente ihre Lebensqualität „erst möglich“. Ihr ist wichtig, dass ihr Alltag durch die Erkrankung nicht beeinträchtigt wird, und sie ist überzeugt davon, dass man auch mit der Erkrankung gut leben kann. Frau J. ist mit ihrer Lebenssituation zufrieden und möchte nichts daran ändern. Für sie ist Lebensqualität gleichbedeutend mit ihrer *Zufriedenheit mit der gesamten Lebenssituation*.

Das, was ich im Moment empfinde, wie es im Moment läuft, das ist Lebensqualität für mich. Ich bin wirklich zufrieden. Mit meinem Partner, wie es meinen Kindern geht, dass mein Sohn selbständig ist. (...) Ich werde jetzt gerne fünfzig, ich finde nicht, „wäh, würg“. Sondern finde: „So!“

Herr S. lebt allein und eher zurückgezogen in seiner Wohnung, um die er froh ist. Er ist stolz auf seinen Sohn, mit dem er vierzehntäglich seine Mutter auf dem Land besucht. Herr S. bezieht eine IV-Rente, hat aber zuhause eine Werkstatt, in der er kleine elektronische Geräte herstellt und bastelt. Bezüglich der psychischen Erkrankung empfindet er besonders die Nebenwirkungen als belastend. Die Psychiatrie macht ihm Angst, und er lässt sich lieber von seinem Hausarzt behandeln. Herr S. möchte an seiner Lebenssituation nichts ändern, allerdings wäre es für ihn sehr wichtig, seine Fahrerlaubnis zurückzuerlangen. Eine Definition von Lebensqualität möchte er nicht geben.

Trotz der beträchtlichen Unterschiede sowohl der Lebensumstände wie auch der Bilanzierungen und Definitionen von Lebensqualität verdeutlicht sich hier noch einmal der grosse Stellenwert *sozialer Beziehungen*. Ebenfalls werden *Freiheit, Freiraum, Selbständigkeit und Autonomie* mehrfach als wichtig erwähnt. Daneben nehmen die Befragten Bezug zu den oben ausgeführten Lebensbereichen wie *Arbeit, Tätigkeiten in der Freizeit und Lebensstandard*. Zwei der Befragten definieren Lebensqualität unter anderem als allgemeine Zufriedenheit und ein Teilnehmer definiert seine Lebensqualität als „schlecht“. Drei Teilnehmende nennen explizit die psychische Erkrankung bzw. deren Symptome als zentral für die Lebensqualität. Abgeleitet aus den persönlichen Definitionen lassen sich folgende Aussagen zur Lebensqualität aus der Perspektive der Interviewteilnehmenden machen:

- Lebensqualität ist die Zufriedenheit mit verschiedenen, persönlich relevanten Lebensbereichen.
- Lebensqualität ist, ein „normales“, uneingeschränktes Leben zu führen, unabhängig zu sein und das tun zu können, was man möchte.
- Lebensqualität ist der positive Bezug zu sich selber sowie zu seinem sozialen Umfeld, die Balance zwischen Freiraum und Einbettung.
- Lebensqualität beinhaltet eine Zukunftsperspektive und die Möglichkeit zur Weiterentwicklung.
- Lebensqualität kann verbunden sein mit unerfüllten Wünschen.
- Lebensqualität beinhaltet die Fähigkeit, mit und trotz Beeinträchtigungen seine Wünsche und Ziele zu verfolgen. Wird diese Handlungs- und Bewältigungsfähigkeit als unzureichend erlebt, ist die subjektive Lebensqualität eingeschränkt.

9 Zusammenfassung der Ergebnisse

9.1 Quantitativer Untersuchungsteil

9.1.2 Deskriptive Ergebnisse

- Im Verlauf der mehrjährigen Studie ergaben sich bei den 183 Studienteilnehmenden *Veränderungen der Lebensumstände*, die sich hauptsächlich in einer zunehmenden Inanspruchnahme institutioneller Unterstützung äusserten: der Anteil an Personen, welche in geschütztem Rahmen wohnten und/oder arbeiteten, stieg an, ebenso der Anteil berenteter Personen. In Bezug auf die *soziale Integration und die wahrgenommene soziale Unterstützung* ergaben sich im Laufe der Studie keine namhaften Veränderungen.
- Bezüglich der *klinischen Merkmale* wies die untersuchte Stichprobe typische epidemiologische Merkmale auf: Diagnose, Geschlecht und Ersterkrankungsalter korrelierten in dem Sinne, dass Frauen zum Zeitpunkt der ersten Erkrankung eher älter waren als Männer und häufiger die Diagnose einer affektiven Störung hatten (vgl. Bromet, Dew & Eaton, 2002; Horwath, Cohen & Weissman, 2002). Hinsichtlich der Erkrankungsdauer und Inanspruchnahme psychiatrischer Behandlung (Anzahl und Dauer von stationären psychiatrischen Behandlungen) bestand bei der untersuchten Gruppe eine grosse Heterogenität. 85% der befragten Personen waren zum Zeitpunkt der dritten Befragung auf Medikamente angewiesen. Die *subjektive Symptombelastung* ging zwischen der Erstbefragung (während eines stationären Klinikaufenthalts) und der Zweitbefragung markant zurück und blieb dann auf einem im Vergleich zu Normwerten nur geringfügig tieferen Niveau stabil.
- Alle Skalen, die *subjektive Einstellungen und Wahrnehmungen* abbilden, korrelierten miteinander. Dies betrifft die wahrgenommene soziale Unterstützung, die wahrgenommene Stigmatisierung und die subjektive Belastung durch Lebensereignisse. Die subjektive Symptombelastung, insbesondere *Depressivität*, korrelierte ebenfalls mit diesen Skalen.

9.1.2 Veränderung und Einflussfaktoren subjektiver Lebensqualität

- Die *Werte für die subjektive Lebensqualität* lagen bei der Erstbefragung stark unter den Vergleichswerten der Normstichprobe. Zwischen der ersten und der zweiten Erhebung war ein *starker Anstieg* der durchschnittlichen subjektiven Lebensqualität festzustellen, während sich zwischen der Zweit- und der Dritterhebung *keine Veränderungen* mehr zeigten. Bei der dritten und letzten Erhebung zeigte sich nur noch für die jüngste Altersgruppe der Stichprobe ein Unterschied zur Normstichprobe. Bereiche, die als besonders problematisch eingeschätzt wurden, waren die Fähigkeit, das Leben geniessen zu können, Gefühle von Traurigkeit/Verzweiflung/Angst oder Depression, Angewiesenheit auf medizinische Behandlung, Schlaf, Sexualität und die eigene Arbeitsfähigkeit. Die *inhaltliche Nähe zu psychische und somatischen depressiven Symptomen* ist augenfällig.

- Als Einflussfaktoren wurden insgesamt zwölf Variablen identifiziert. Personen mit einer *Arbeitstätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt*, Personen, die *Freunde oder Freundinnen* haben und solche, die sich *sozial gut unterstützt* fühlen, hatten eine höhere subjektive Lebensqualität als Personen, auf die das nicht zutrifft. Personen, die es für besser hielten, eine *psychische Erkrankung vor anderen zu verschweigen*, zeigten eine geringere Lebensqualität, ebenso Personen, die in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung von *mehr als fünf Lebensereignissen* betroffen waren. Auch Personen, die sich durch vorgekommene Ereignisse *belastet gefühlt* hatten und bei denen dies zum Zeitpunkt der Befragung immer noch der Fall war, schätzten ihre Lebensqualität geringer ein als Personen, auf die dies nicht zutraf. Hingegen schätzten Personen, die in den letzten zwölf Monaten eine *Auseinandersetzung* mit jemandem aus dem näheren sozialen Umfeld gehabt hatten, ihre Lebensqualität als höher ein, bei diesen Personen zeigte sich zudem ein *geringerer Anstieg* der Lebensqualität. Die Diagnose einer *affektiven Erkrankung* hatte einen negativen Effekt auf die Lebensqualität, während Personen, die *keine oder ein bis zwei Medikamente* einnahmen, eine höhere Lebensqualität aufwiesen. Personen, die subjektiv *wenig psychische Symptome* hatten und jene mit *tiefen Werten auf der Depressivitätsskala* schätzten ihre Lebensqualität ebenfalls höher ein.

9.2 Qualitativer Untersuchungsteil

- Von den sechzehn Befragten der qualitativen Interviews wurden *soziale Beziehungen* als zentral für das Wohlbefinden erachtet. Dabei scheint es vor allem wichtig zu sein, *sich aufgehoben zu fühlen, dazuzugehören, akzeptiert, verstanden, geliebt und unterstützt zu werden*. Ein Teil der befragten Personen erachtete soziale Beziehungen aber auch als *schwierig* und berichtete von freiwilliger oder unfreiwilliger Isolation, welche teilweise in einen Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung gestellt wurde. *Spezifische Beziehungen*, z.B. zur Herkunftsfamilie oder Paarbeziehungen, hatten für die einzelnen Befragten sehr unterschiedliche Bedeutungen. Als besonders wichtig für das Wohlbefinden wurde auch eine *Arbeitstätigkeit* genannt, wobei dies sowohl für Personen, die auf dem ersten Arbeitsmarkt tätig waren, wie auch für Personen, die geschützt oder freiwillig arbeiteten, zutrifft. Für das Wohlbefinden wichtige Aspekte der Arbeit umfassten gemäss den Aussagen der Befragten soziale Kontakte am Arbeitsplatz, die Tages- und Wochenstrukturierung, die als hilfreich beim Umgang mit den Symptomen der psychischen Erkrankung empfunden wurde, sowie das Kompetenzerleben. *Geld* hatte in den Augen der Befragten in dem Sinn einen Einfluss auf die Lebensqualität, als dass sie eine ausreichende finanzielle Sicherheit und einen bescheidenen Lebensstandard als wichtig erachteten. *Verschiedenste Freizeitaktivitäten* trugen ebenfalls zum Wohlbefinden bei. Hier fiel auf, dass praktisch alle Befragten einem künstlerischen oder kreativen Hobby wie Singen, Fotografie, Malen oder Schreiben nachgingen.
- Die *psychische Erkrankung, deren Symptome und der Umgang* damit waren für alle Interviewpartnerinnen und -partner untrennbar mit ihrem Wohlbefinden verknüpft. Hier wurde ei-

nerseits davon berichtet, unter gewissen Symptomen zu *leiden* und aufgrund der Erkrankung auf vieles *verzichten* zu müssen. Als Belastung wurde auch die *Stigmatisierung* und Tabuisierung psychischer Erkrankungen in der Gesellschaft empfunden. Auf der anderen Seite berichteten die Befragten von verschiedensten *positiven Entwicklungen* und positiv beurteilten Lernprozessen. Die beschriebenen Strategien im Umgang mit der Erkrankung waren sehr individuell. Auch in Bezug auf *Medikamente* und die *Unterstützung durch Fachpersonen* zeigten sich unterschiedliche Haltungen. Während ein Teil der Befragten bewusst auf die Einnahme von Medikamenten verzichtete oder nur mit Vorbehalten einnahm, empfanden andere diese als sehr hilfreich und stabilisierend.

- Die in den qualitativen Interviews erfragten persönlichen Definitionen von Lebensqualität, die Gewichtung verschiedener Lebensbereiche, die Zufriedenheit mit diesen und die Veränderungswünsche zeigten, wie gross die diesbezüglichen *individuellen Unterschiede* sind. Die Definitionen beinhalten verschiedenste Aspekte der wissenschaftlichen Konzeptualisierung von Lebensqualität, so die Zufriedenheit mit persönlich relevanten Lebensbereichen, Uneingeschränktheit, Selbstbestimmung und Autonomie, soziale Beziehungen, positiver Selbstbezug, Zukunftsperspektiven, positive Entwicklungen und Bewältigungskompetenzen.

10 Diskussion

10.1 Übersicht

In der vorliegenden Arbeit wurden Veränderungen und Einflussfaktoren der subjektiven Lebensqualität von Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Jahren nach einem Klinikaufenthalt untersucht. Desgleichen wurde angestrebt, die subjektive Bedeutung verschiedener Lebensbereiche sowie der Erkrankung für das eigene Befinden sowie wahrgenommene Veränderungen des Befindens aus der Perspektive und dem Selbstverständnis der Betroffenen zu erfassen. Im Folgenden diskutiere ich die Befunde hinsichtlich inhaltlicher, konzeptueller und methodischer Aspekte, wobei ich die Befunde aus dem quantitativen und dem qualitativen Untersuchungsteil aufeinander beziehe.

- Im *inhaltlichen Teil* werden die Ergebnisse mit der bestehenden Forschungsliteratur (Kap. 3) verglichen und anhand der Befunde aus dem qualitativen Teil im Hinblick auf den Alltag und das Wohlbefinden von Menschen mit psychischen Erkrankungen diskutiert. Wo nötig werden Interpretationen, die sich auf methodische Aspekte der Studie beziehen, einbezogen. Da das Konstrukt in der sozialpsychiatrischen Versorgungsforschung häufig als Evaluationskriterium verwendet wird, werden die Befunde anschliessend hinsichtlich ihrer Relevanz für die klinische und rehabilitative Praxis bzw. deren Beurteilung betrachtet. Die *Einflussfaktoren* subjektiver Lebensqualität wurden in den ersten Kapiteln der Arbeit vier Bereichen zugeordnet und demgemäss in soziodemografische, soziale, psychosoziale und klinische Faktoren eingeteilt. Die Ergebnisse sowie die Orientierung am konzeptuellen Modell der psychologischen Wohlbefindensforschung (Kap. 4) lassen eine andere Strukturierung naheliegender erscheinen: so folgen die nächsten Kapitel einer Gruppierung der Einflussfaktoren in 1. *Lebensumstände und Lebensereignisse*⁷⁷, 2. *soziale Beziehungen* und 3. *psychische Erkrankung*, d.h. Symptome, Inanspruchnahme professioneller Unterstützung und Stigmatisierung.
- Im *konzeptuellen Teil* werden die Befunde mit dem in Kapitel 4 vorgestellten Modell des subjektiven Wohlbefindens in Bezug gesetzt und Schlüsse darüber gezogen, inwieweit dieses allgemein formulierte Modell das wissenschaftliche Verständnis von subjektiver Lebensqualität von Menschen mit psychischen Erkrankungen vertieft. Konzeptuelle und theoriebezogene Probleme der bisherigen Verwendung des Konstruktes in der sozialpsychiatrischen Forschung sowie mögliche zukünftige Perspektiven und Forschungsfragen werden diskutiert.
- Im *methodischen Teil* gehe ich darauf ein, inwieweit das Studiendesign sowie die Vorgehensweise bei der Operationalisierung des Konstrukts und der Prädiktoren die gefundenen Resultate mitbedingen. Der Zugang mittels Methodentriangulation wird diskutiert und die gesichtete Forschungsliteratur in Bezug auf methodische Fragen betrachtet.

⁷⁷ Während sowohl in den einführenden Kapiteln wie auch im Methodik- und Auswertungsteil *Lebensereignisse und die subjektive Belastung durch diese* – zusammen mit Stigmatisierung – in Anlehnung an die Stressforschung als psychosoziale Belastungsfaktoren betrachtet und untersucht wurden, erscheint es mir nach der Auswertung und im Zusammenhang mit dem Modell zum subjektiven Wohlbefinden von Kim-Prieto et al. (2005) als naheliegender, „Umstände und Ereignisse“ als einen zusammengehörenden Bereich zu diskutieren.

Schliesslich wird die ganze Arbeit daraufhin beurteilt, was sie zum aktuellen wissenschaftlichen Diskurs beitragen kann und wo sich weiterführende Forschungsfragen inhaltlicher und konzeptueller Art ergeben.

10.2 Inhaltliche Aspekte

10.2.1 Veränderung der subjektiven Lebensqualität

Zwischen der ersten und der zweiten quantitativen Erhebung stieg die subjektive Lebensqualität stark an und stabilisierte sich im Folgenden zwischen der zweiten und dritten Erhebung. Im Vergleich mit den Normwerten der Allgemeinbevölkerung (Angermeyer & Matschinger, 1998) lagen die Werte für die subjektive Lebensqualität zum Zeitpunkt der Ersterhebung deutlich unter der Norm, während sich für bei der dritten Befragung – ausser für die jüngste Altersgruppe der unter 26-Jährigen – keine wesentlichen Unterschiede mehr ergaben.

Verschiedene Erklärungsansätze erhellen diesen Befund. In erster Linie ist zu vermuten, dass das *Studiendesign* mit der Erstbefragung *während eines Klinikaufenthalts* den starken Anstieg der Lebensqualität zwischen der ersten und zweiten Befragung bedingt. Es ist davon auszugehen, dass das Befinden der Befragten zum Zeitpunkt der Erstbefragung durch die akute psychische Krise stark beeinträchtigt war – und zwar so stark, dass allfällige andere Effekte der zeitlichen Veränderung, z.B. Interaktionen zwischen Prädiktorvariablen und der Zeit, die für verschiedene Untergruppen der Befragten unterschiedliche Veränderung der Lebensqualität repräsentieren, von diesem Effekt überdeckt wurden. Die Stabilität der Werte für die subjektive Lebensqualität zwischen der Zweit- und Drittbefragung, die den „naturalistischen“ Teil des Studiendesigns darstellt⁷⁸, spricht für diese Annahme und bestätigt bereits bestehende Befunde (Barry & Crosby, 1996; Franz et al., 2001; Huppert & Smith, 2001; Kaiser & Priebe, 1998; Tempier et al., 1997).

Auf inhaltlicher Ebene ist davon auszugehen, dass der Anstieg der subjektiven Lebensqualität eng mit dem Rückgang der subjektiven Symptombelastung, insbesondere der *depressiven Symptomatik* verknüpft ist. Letztere verminderte sich zwischen der Erst- und Zweitbefragung markant (7.2.6) und wies in den quantitativen Analysen den mit Abstand stärksten Effekt auf die subjektive Lebensqualität auf (vgl. Kap. 7.3.5). Diese Annahme wird auch durch die Ergebnisse anderer Längsschnittstudien gestützt, in denen die Verbesserung der subjektiven Lebensqualität eng mit der Verminderung depressiver Symptome zusammenhängt (Hansson & Björkman, 2007; Kühner, 2002; Priebe et al., 2000; Ritsner et al., 2003, 2006; Schaar & Öjehagen, 2003; Skevington & Wright, 2001).

Der markante Anstieg und die darauf folgende Stabilisierung der subjektiven Lebensqualität lassen sich darüber hinaus im Sinne eines *Anpassungsprozesses* (vgl. Kap. 4.3.7) interpretieren. In Kapitel 5.2.1 habe ich die Annahme aufgestellt, dass Personen, die eine längere Erkrankungsdauer haben, aufgrund von Anpassungsprozessen ihre subjektive Lebensqualität höher einschätzen. Dies hätte sich statistisch in Form eines Effekts der Variablen „Erkrankungsdauer“ gezeigt, was aber nicht der Fall

⁷⁸ Zu diesen beiden Zeitpunkten wurde keine Befragung durchgeführt, wenn die Teilnehmenden in der Klinik waren.

war. Anpassungsprozesse lassen sich hingegen für die Zeitspanne zwischen der Zweit- und Drittbefragung aus folgenden Gründen annehmen: Der Anteil der Personen, die auf mehrere Medikamente angewiesen waren, betreut wohnten, geschützt arbeiteten, berentet waren und dadurch wahrscheinlich wenig Geld zu Verfügung hatten, stieg im Laufe der Studie an, was einer *tendenziellen Verschlechterung der objektiven Lebensumstände* entspricht (vgl. Kap. 10.2.2). Die subjektive Lebensqualität blieb hingegen im selben Zeitraum stabil. Zu dieser Interpretation lassen sich auch in den qualitativen Interviews Anhaltspunkte finden. Auf die Frage nach wahrgenommenen Veränderungen der subjektiven Lebensqualität in den vergangenen Jahren wurde zwar von einer Verringerung des Wohlbefindens durch das Leiden an Symptomen, den Verzicht auf bestimmte Aktivitäten und den Verlust von Perspektiven berichtet (vgl. Kap. 8.2.6.2). Daneben wurde ersichtlich, dass eine Anpassung an die Erkrankung unumgänglich ist, wobei diese mehr oder weniger freiwillig geschieht und die Befragten in unterschiedlichem Mass bereit – und eventuell auch fähig – sind, einen konstruktiven Umgang mit der Erkrankung zu suchen und die Einschränkungen zu bewältigen (vgl. auch Baer et al., 2003). Neben dem Verzicht wurden immer wieder *Lernprozesse und positive Entwicklungen* – etwas über sich selber und die eigenen Bedürfnisse lernen, positiv erlebte Veränderung persönlicher Werte – erwähnt, die über die Bewältigung der erkrankungsbedingten Einschränkungen hinausgehen. Dies entspricht dem in Studien zu Recovery als für die Genesung und Entwicklung von Perspektiven wichtigen persönlichen Wachstum (Roe & Chopra, 2003).

10.2.2 Lebensumstände, Lebensereignisse und subjektive Lebensqualität

Die Resultate der vorliegenden Untersuchung zeigen, dass Menschen mit einer *Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt* ihre Lebensqualität höher einschätzen als Menschen in geschützten Arbeitsverhältnissen oder ohne Stelle. Dies bestätigt einerseits vielfach replizierte Befunde zum Zusammenhang von Arbeit und Wohlbefinden in der Allgemeinbevölkerung (Cook & Razzano, 2000; Tausig, 1999), andererseits zum *spezifischen* Stellenwert, der Arbeit für Menschen mit psychischen Erkrankungen hat (vgl. Kap. 3.1). Die Aussagen aus den qualitativen Interviews erlauben eine Differenzierung des Befundes der quantitativen Analyse und dokumentieren die spezifischen Funktionen der Arbeit: im Vordergrund stehen das Kompetenzerleben, die sozialen Kontakte und die Strukturierungsfunktion, welche in Bezug auf die psychische Erkrankung als besonders wichtig empfunden wird. Diese Ergebnisse entsprechen weitgehend jenen der qualitativen Studie von van Dongen (1996). Obwohl auch *geschützte oder freiwillige Arbeitstätigkeiten* die genannten Funktionen zu erfüllen vermögen, zeigten solche Arbeitsverhältnisse in den quantitativen Analysen wie auch in anderen Studien (Bond et al., 2001; Eklund et al., 2004; Mueser et al., 1997) keinen Einfluss auf die Lebensqualität. Die Befunde aus dem qualitativen Untersuchungsteil verweisen auf mögliche Gründe hierfür: die befragten Personen, die geschützt oder freiwillig tätig waren, zeigten sich mit diesem Umstand zwar zufrieden und beurteilten ihre Arbeitssituation insofern als positiv, als dass sie überhaupt arbeiten konnten. Die Tatsache, nicht mehr „draussen“ auf dem ersten Arbeitsmarkt arbeiten zu können, wurde aber als belastend empfunden. Dies einerseits deshalb, weil die ausgeführten Arbeiten nicht als den persönlichen Qualifikationen

und Interessen angemessen empfunden wurden, andererseits ist zu vermuten, dass auch der geringere soziale Status und die Tatsache, einer sozialen Norm nicht zu entsprechen (vgl. Baer et al., 2003; Corring & Cook, 2007; Hoffmann, 2004; Kennedy-Jones et al., 2005), „es nicht geschafft zu haben“, wie es eine der befragten Personen ausdrückte, den Selbstwert und das Wohlbefinden beeinträchtigte. Diese Unterschiede zwischen Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und geschützter Arbeit sind insofern bedenkenswert, als dass in der untersuchten Gruppe Personen, die zum wiederholten Mal hospitalisiert waren, nur noch zu etwa einem Drittel auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig waren und der Anteil der Personen, die in geschütztem Rahmen arbeiteten, im Lauf der Studie markant zunahm (vgl. 10.2.5). Während des ganzen Studienverlaufs waren etwa 30% der Teilnehmenden ohne Stelle. Bei erstmals hospitalisierten Personen blieb dieser Anteil konstant, während er bei schon mehrfach hospitalisierten Personen eher zurückging. Ich gehe davon aus, dass die Gruppe der Personen ohne Stelle sich einerseits aus Personen zusammensetzt, die freiwillig nicht arbeiten (z.B. Frauen mit Kindern) und Personen, die berentet und nicht in einem geschützten Arbeitsverhältnis tätig sind. Es könnte sein, dass diese Bedingungen der Stellenlosigkeit sich bezüglich ihres Einflusses auf die subjektive Lebensqualität unterscheiden, und dass Personen, die freiwillig nicht arbeiten, ihre Lebensqualität höher einschätzen. Dies ist aber aus aufgrund der Operationalisierung der Erwerbstätigkeit und der Stichprobengrösse aus den Daten nicht eruierbar.

Unter dem *Einkommen* wurden im quantitativen Teil der Untersuchung Einkünfte sowohl aus Entlohnung, Unterstützung durch Eltern oder Partnerinnen und Partner, Leistungen der Arbeitslosen- oder Invaliditätsversicherung oder der Sozialhilfe zusammengefasst. Obwohl das Einkommen zum Zeitpunkt der dritten Befragung leicht höher war als bei den ersten beiden Befragungen, lag es immer noch weit unter dem Wert für die Allgemeinbevölkerung im Kanton Zürich. Zum Zeitpunkt der dritten Befragung erzielte die Hälfte der Personen ihr Haupteinkommen aus einer Invaliditätsrente. Diese Befunde lassen die Annahme zu, dass die ökonomische Situation eines beträchtlichen Anteils der befragten Personengruppe prekär ist, wobei auch jene Personen betroffen sind, die auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt arbeiten (vgl. Kap. 7.2.2). Dies ist als problematisch zu werten, da *Armut und ökonomische Deprivation* mit dem Beginn und – was für die untersuchte Gruppe von grösserer Relevanz ist – der Aufrechterhaltung von psychischen Erkrankungen zusammenhängen (Link & Phelan, 1995; Weich & Lewis, 1998). In der quantitativen Analyse zeigte das Einkommen keinen Einfluss auf die subjektive Lebensqualität. In den qualitativen Interviews kam jedoch zum Ausdruck, dass die Betroffenen *Geld und Lebensstandard* durchaus als bedeutsam für ihr Wohlbefinden erachten (vgl. Corring & Cook, 2007; Prince & Gerber, 1998). Dabei wurde deutlich, dass nicht – wie im quantitativen Teil erfasst – die Höhe des Einkommens ausschlaggebend für die Zufriedenheit mit der finanziellen Situation ist, sondern das Gefühl, genügend Geld zu haben, d.h. finanziell einigermaßen abgesichert zu sein und sich einen bescheidenen Lebensstandard leisten zu können (vgl. Koivumaa-Honkanen et al., 1996; Mercier & King, 1994). Hierzu gehörte auch, sich eine *Wohnung* finanzieren zu können, wo sich die Befragten wohl fühlten (vgl. Prince & Gerber, 1998). Diesbezügliche Kriterien waren jedoch

sehr individuell, und in den quantitativen Analysen hatte die Wohnsituation keinen Einfluss auf die Lebensqualität. In einigen Interviews wurde deutlich, dass fehlende finanzielle Mittel in manchen Fällen dazu führten, dass bestimmten, subjektiv wichtigen Freizeitaktivitäten nicht nachgegangen werden konnte. Da viele solcher Aktivitäten auch einen sozialen Charakter haben, ist eine ausreichende finanzielle Absicherung für das Wohlbefinden insofern von Belang, als dadurch auch *gesellschaftliche Teilhabe und soziale Integration* ermöglicht werden (vgl. Corring & Cook, 2007).

Im quantitativen Teil der Arbeit wurden *Freizeitaktivitäten* nicht erhoben und konnten deshalb auch nicht als möglicher Einflussfaktor von Lebensqualität analysiert werden. Andere Studien belegen aber den Stellenwert von Freizeitaktivitäten und zeigen u.a., dass die Zufriedenheit mit diesen Aktivitäten einen positiven Effekt auf das Wohlbefinden hat (Eklund & Bäckström, 2005; Meyer, 2004; Tempier et al., 1997). Im qualitativen Teil der vorliegenden Untersuchung wurden neben Sport und Bewegung in der Natur fast ausschliesslich *künstlerische Tätigkeiten* als wichtige Freizeitaktivitäten benannt (vgl. Prince & Gerber, 1998). Diese fördern in den Augen der Befragten ihr Wohlbefinden, weil sie entspannend und beglückend sind und es erlauben, eigene Kompetenzen und Stärken zu erleben. Untersuchungen zu Empowerment und Recovery von Menschen mit psychischen Erkrankungen (vgl. Kap. 10.2.5) geben weitere Hinweise darauf, warum Freizeitaktivitäten im Allgemeinen und besonders gestaltende Tätigkeiten sich positiv auf das Wohlbefinden auswirken. So stellten Nelson et al. (2006) fest, dass die Fähigkeit, schöne und erfreuliche Dinge geniessen zu können sowie das Ausmass an Spass und Entspannung die Lebensqualität positiv beeinflussen. Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass gestaltende Tätigkeiten in besonderem Masse das Gefühl von Selbstwirksamkeit, persönlicher Kontrolle und Autonomie fördern (Hasson-Ohayon et al., 2006; Rothbaum, Weisz & Snyder, 1982) und auf diese Weise den Selbstbezug und Selbstwert verbessern (Chan et al., 2005; Ridgway, 2001), was sich wiederum positiv auf die subjektive Lebensqualität auswirkt (vgl. Kap. 3.4). Eine weitere Erklärung für den besonderen Stellenwert künstlerischer Tätigkeiten bietet das Konzept des *Flow* (Csikszentmihalyi, 1990) – das heisst ein erfüllendes und genussvolles „Aufgehen im Tun“. Tätigkeiten, die Flowleben induzieren und somit in einem engen Zusammenhang mit dem Wohlbefinden stehen, sind gemäss diesem Konzept durch folgende Merkmale gekennzeichnet: es handelt sich um Tätigkeiten, denen sich der oder die Ausführende gewachsen fühlt, es besteht ein Gefühl von Kontrolle über die Aktivität und die Tätigkeit ist autotelisch, das heisst ihr Ziel liegt in der Ausführung selbst. Somit stehen Freizeitaktivitäten in einem gewissen Gegensatz zu Arbeitstätigkeiten, die auch als über- oder unterfordernd und somit belastend erlebt werden können, wobei bei Menschen mit psychischen Erkrankungen Versagensängste und Schwierigkeiten durch Symptome wie Antriebsmangel oder durch medikamentöse Nebenwirkungen hinzukommen können.

Neben dem Stellenwert der Ausgestaltung der Lebensumstände zeigen die Befunde der vorliegenden Untersuchung einen klaren Einfluss von *Lebensereignissen* auf die subjektive Lebensqualität, was in dieser Form bisher noch wenig untersucht wurde. Trafen *mehrere Lebensereignisse* zusammen, schätzten die Betroffenen ihre Lebensqualität als geringer ein. Hingegen zeigte sich *kein systemati-*

scher Einfluss bestimmter Lebensereignisse. Eine Ausnahme bilden Auseinandersetzungen im näheren sozialen Umfeld, was ich im Zusammenhang mit der Bedeutung sozialer Beziehungen in 10.2.3 diskutieren werde. Der Grund für den fehlenden Einfluss spezifischer Ereignisse ist vor allem darin zu sehen, dass eine zu kleine Anzahl Personen von den einzelnen Ereignissen betroffen war (vgl. Kap. 6.2.3.4), als dass sich ein statistischer Effekt hätte ergeben können. In den qualitativen Interviews wurde teilweise auf ähnliche Themen Bezug genommen wie im Zusammenhang mit den Lebensereignissen im quantitativen Untersuchungsteil erhoben wurden, allerdings fällt hier auf, dass eher länger anhaltende Belastungen wie die ungenügende finanzielle Absicherung oder Probleme in der Partnerschaft als das Wohlbefinden beeinträchtigend empfunden wurden. Bei genauerer Betrachtung der in der quantitativen Befragung erfragten Lebensereignisse zeigt sich, dass ein Teil der Fragen ebenfalls eher *chronisch belastende Lebensumstände* und nicht einmalige Ereignisse erfasst. Dies ist vor allem in Bezug auf Trennung und Scheidung der Fall, die zwar einschneidende Ereignisse darstellen, jedoch am Ende einer längeren Phase von belastenden Konflikten stehen. Auch körperliche Erkrankungen, seelische Krisen, Probleme eines Kindes oder die Enttäuschung durch anderen Menschen (vgl. Kap. 6.2.3.4) sind in diesem Sinn eher als längerfristig beeinträchtigende Bedingungen denn als punktuelle Stressoren anzusehen. Ausschlaggebend für die subjektive Lebensqualität ist – neben der Anzahl der Stressoren – vor allem auch die *subjektive Belastung* durch diese. Obwohl der Einfluss der Belastung durch Lebensereignisse unabhängig von der depressiven Symptomatik besteht, ist ein – zumindest konzeptueller – Zusammenhang mit depressiven Reaktionen auf solche Ereignisse und einem verminderten Gefühl der Selbstwirksamkeit nicht von der Hand zu weisen (vgl. Kap. 3.4; Norman & Malla, 1993a).

Aus diesen Überlegungen lässt sich ableiten, dass die Aussage, objektive Lebensumstände und die subjektive Lebensqualität würden nicht zusammenhängen, *in dieser pauschalen Formulierung nicht haltbar ist*. Begründet wurde diese Annahme in erster Linie durch die Forschung zur relativen Deprivation und der ausbleibenden Veränderung subjektiver Lebensqualität im Zusammenhang mit einer Veränderung der objektiven Lebensumstände (vgl. Kap. 3.1; Diener et al., 1999; Franz, 2006a). Aus der vorliegenden Untersuchung geht hervor, dass sowohl die Arbeits- wie auch die finanzielle Situation und der Lebensstandard, die Alltags- und Freizeitgestaltung sowie externe Stressoren die subjektive Lebensqualität massgeblich beeinflussen. Wie auch in anderen qualitativen Untersuchungen (Baer et al., 2003; Corring & Cook, 2007) veranschaulichen zudem Aussagen aus den Interviews, dass die *subjektive Bedeutung* einzelner Lebensbereiche, deren Ausgestaltung, die darauf bezogene Zufriedenheit oder Wünsche nach Veränderung sich zwischen Personen sehr stark unterscheiden können.

10.2.3 Soziale Beziehungen

Die Resultate der vorliegenden Arbeit zur Bedeutung sozialer Beziehungen für das Wohlbefinden entsprechen bisherigen Forschungen und theoretischen Ansätzen (vgl. Kap. 3.2). Ein Viertel der Studienteilnehmenden ist als *sozial eher isoliert* zu bezeichnen, wobei hier ein Zusammenhang mit der Häufigkeit stationärer psychiatrischer Behandlung festgestellt werden kann (vgl. Buchanan, 1995;

George et al., 1989). Weniger als die Hälfte der Befragten hatte einen Partner oder eine Partnerin, ebenso hatten nur 30% der Teilnehmenden Kinder. In den qualitativen Interviews wurden die soziale Isolation und das Fehlen von Partnerschaften von einigen Personen als Belastung angesprochen und subjektive Verbesserungen der Lebensqualität wurden teilweise direkt in Zusammenhang mit der Zunahme an sozialen Kontakten gebracht.

Über 90% der Befragten gaben jedoch an, Freunde oder Freundinnen zu haben. Dies ist insofern wichtig, als dass *Freundschaften* sowohl im quantitativen wie auch im qualitativen Teil der Untersuchung als besonders wichtig für die Lebensqualität erachtet wurden. Dies zeigt sich auch in einer Reihe anderer Studien (Corring & Cook, 2007; Erickson et al., 1989; Monroe et al., 1983; Müller et al., 2007; Ritsner et al., 2006). Es ist anzunehmen, dass Freundschaften – vor allem in Krisen und Konflikten – in geringerem Ausmass als Partnerschaften oder die Beziehung zur Herkunftsfamilie oder eigenen Kindern durch Schuld- und Verantwortungsgefühle geprägt sind und die Regulation von Nähe und Distanz bzw. Geben und Erhalten von Unterstützung einfacher ist (ebd., vgl. auch Thoits, 1983; Vaughn & Leff, 1976). Unterstützt wird diese These durch den Befund, dass mit Ausnahme von Freundschaften spezifische soziale Rollen wie Partner- oder Elternschaft keinen Einfluss auf die subjektive Lebensqualität hatten. Dies wiederum lässt sich mittels der Befunde aus den qualitativen Interviews erklären, in denen deutlich wurde, dass die Befragten nicht nur in unterschiedlichsten sozialen Bezügen lebten, sondern dass die einzelnen Beziehungsformen auch sehr individuelle Bedeutungen hatten. Besonders anschaulich zeigt sich dies im Zusammenhang mit Partnerschaften. Obwohl diese, wie eine andere Analyse derselben Daten zeigt (Müller et al., 2007) neben Freundschaften als am stärksten unterstützend wahrgenommen wurde, zeigte sich in der quantitativen Analyse kein Einfluss der Partnerschaft auf die subjektive Lebensqualität. In den qualitativen Interviews wurde deutlich, dass zwar für einen Teil der Befragten die Beziehung zum Partner oder zur Partnerin als beglückend und unterstützend wahrgenommen wurde, andere jedoch zum Zeitpunkt des Interviews ihre Beziehung aufgrund von Konflikten als Belastung wahrnahmen. Wieder andere Interviewteilnehmende wünschten sich eine Beziehung und waren deshalb unzufrieden. Ähnliches dürfte auch für andere soziale Beziehungen, wie z.B. Kolleginnen und Kollegen am Arbeitsplatz gelten.

Unabhängig von den sozialen Rollen beeinflusste die *wahrgenommene soziale Unterstützung* die subjektive Lebensqualität positiv. Dieses Resultat repliziert die Befunde aus anderen Untersuchungen (Bengtsson-Tops & Hansson, 2001; Mechanic et al., 1994; Ritsner et al., 2003, 2006; Rössler et al., 1999; Yanos et al., 2001). Aus den qualitativen Interviews wird ersichtlich, dass neben der Unterstützung noch andere Aspekte sozialer Beziehungen als wichtig für das eigene Wohlbefinden erachtet werden: verstanden und akzeptiert werden, sich aufgehoben fühlen, geliebt werden und zu einer Gemeinschaft gehören. Im Gegensatz zu Studien, die eine negative Wirkung von Konflikten auf die Lebensqualität aufzeigen (Koivumaa-Honkanen, 1996; Ruggeri et al., 2002; Yanos et al., 2001), besagen die Resultate der vorliegenden Arbeit zum Einfluss von Lebensereignissen, dass Personen, die von einer *Auseinandersetzung* im näheren sozialen Umfeld berichteten, ihre Lebensqualität *höher* ein-

schätzten als jene Personen, bei denen das nicht der Fall war. Dies ist ein schwer interpretierbares Resultat. Hypothetisch wäre eine Art „Katharsis-Effekt“ von Auseinandersetzungen annehmbar, was bedeuten würde, dass durch die Auseinandersetzung Konflikte gelöst und Spannungen abgebaut werden und sich somit die Lebensqualität verbessert. Eine andere Vermutung ist, dass Personen, die sich Auseinandersetzungen stellen, auf der Verhaltensebene Konflikte weniger vermeiden bzw. aktiver damit umgehen, was wiederum auf ein geringes Ausmass depressive Konfliktverarbeitung (Rückzug, Selbstisolation, Selbstzuschreibung) schliessen liesse. Diese These würde durch den starken Einfluss depressiver Symptome auf die subjektive Lebensqualität gestützt (vgl. Kap. 10.2.4)⁷⁹. Insgesamt lässt sich aber weder aus den quantitativen und qualitativen Daten noch aus der gesichteten Literatur eine schlüssige Interpretation ableiten.

Wie in vielen anderen Untersuchungen (vgl. Kap. 3.2) zeigten auch in der vorliegenden Arbeit sozialen Beziehungen und soziale Einbettung in verschiedener Hinsicht einen Einfluss auf die subjektive Lebensqualität. In der Theorie und vielen Forschungsarbeiten wird zwar zwischen Strukturen und Funktionen von sozialen Beziehungen unterschieden, aus der subjektiven Perspektive lassen sich die beiden Aspekte jedoch kaum voneinander trennen (vgl. auch Corring & Cook, 2007). In der Forschung zur Bedeutung sozialer Beziehungen wird zudem fast ausschliesslich die wahrgenommene soziale Unterstützung, d.h. die Annahme über eine bei Bedarf verfügbare Unterstützung, erhoben. Die Aussagen in den Interviews zeigen, dass *Akzeptanz*, *Wertschätzung* und *Verständnis* in den Augen der Befragten ebenso wichtig sind. Darüber hinaus lässt sich das Gefühl, dazugehören, nicht an bestimmten Beziehungen oder Rollen festmachen, sondern wird in unterschiedlichsten Kontexten – in der Dorfgemeinschaft, im Verein, der Familie oder Partnerschaft, am Arbeitsplatz – erfahren.

10.2.4 Psychische Erkrankung

10.2.4.1 Diagnose und Erkrankungssymptome

Die *Diagnose einer affektiven Erkrankung* und insbesondere die *subjektiv eingeschätzte depressive Symptomatik* hatten den weitaus stärksten Effekt auf die subjektive Lebensqualität. Die Effekte sind aufgrund des Auswertungsverfahrens als statistisch unabhängig voneinander zu verstehen, was bedeutet, dass auch bei Personen mit der Diagnose einer schizophrenen Erkrankung die subjektive Lebensqualität durch depressive Symptome vermindert war. Depressive Symptome wie Hoffnungslosigkeit, Niedergeschlagenheit, Schuld und Traurigkeit betreffen zum einen den affektiven Zustand, sie beeinflussen aber auch kognitive Prozesse der Beurteilung und Bewertung (vgl. Kap. 3.4 und 3.5.1). Da die Einschätzung der subjektiven Lebensqualität sowohl affektive wie auch kognitive Komponenten enthält, ist der Zusammenhang nicht erstaunlich. Die enge Verknüpfung zwischen depressiver Symptomatik und subjektiver Lebensqualität bestätigt bestehende Befunde (Huppert & Smith, 2001; Kühner, 2002; Ritsner et al., 2003). Da dieser Befund in erster Linie konzeptuelle und methodische Gründe und Implikationen hat, werde ich in den Kapiteln 10.3 und 10.4 näher darauf eingehen.

⁷⁹ In nachträglichen statistischen Analysen ergab sich jedoch kein Zusammenhang zwischen der Depressivitätskala und dem Lebensereignis „Auseinandersetzung“.

In den qualitativen Interviews kam zum Ausdruck, dass – unabhängig von der Diagnose – die psychischen Symptome vor allem in exazerbierenden und akuten Erkrankungsphasen als grosse Belastung wahrgenommen wurden. Teilnehmende mit affektiven Erkrankungen⁸⁰ beschrieben sich eher als grüblerische, nachdenkliche Menschen und schilderten vor allem die absolute Hoffnungslosigkeit während akuten depressiven Phasen als schlimm, während Teilnehmende mit einer Schizophrenie-Diagnose ihre Stressanfälligkeit und den Umgang damit als stetige Herausforderung beschrieben. Akute Wahnsymptome wurden ausschliesslich im Zusammenhang mit Klinikeinweisungen erwähnt und von den Betroffenen selbst als nachträglich schwer nachvollziehbar bezeichnet.

10.2.4.2 Inanspruchnahme

Wie in anderen Untersuchungen (Kaiser & Priebe, 1998; Mercier & King, 1994; Ruggeri et al., 2002) zeigte die *Inanspruchnahme psychiatrischer Behandlung* – im quantitativen Teil der Analyse anhand von Anzahl und Dauer von Hospitalisierungen erfasst – keinen Zusammenhang mit der subjektiven Lebensqualität. Allerdings wurde die Inanspruchnahme ambulanter Angebote nicht erfasst. In den qualitativen Interviews wurde jedoch immer wieder auf Klinikaufenthalte und die Bedeutung professioneller Unterstützung Bezug genommen. Letztere wurde von den Befragten sehr unterschiedlich erlebt und bewertet, was sich auch in anderen qualitativen Untersuchungen zeigt (Baer et al., 2003; Corring & Cook, 2007). Ein Teil der Befragten standen der Psychiatrie und psychiatrischen Fachpersonen skeptisch bis ablehnend gegenüber, während andere eine positive Einstellung hatten und betonten, wie wichtig die professionelle Unterstützung für sie sei. Welcher Art die Unterstützung war und welche Fachpersonen sie betraf, war wiederum sehr individuell und reichte von wöchentlichen psychotherapeutischen Sitzungen über monatliche Besuche bei einer niedergelassenen Psychiaterin oder einem Psychiater, gelegentlichem Aufsuchen des Ambulatoriums oder Kriseninterventionszentrum bis zu langjähriger Betreuung durch den Hausarzt oder die Hausärztin.

Der *Bezug der Medikamenteneinnahme* zur Lebensqualität zeigte sich im quantitativen und im qualitativen Untersuchungsteil, und zwar in dem Sinn, dass Personen, die keine oder wenig Medikamente einnehmen mussten, ihre Lebensqualität höher einschätzen als Personen, die mehrere oder hoch dosierte Medikamente einnahmen. Dies entspricht den Resultaten von Angermeyer et al. (1999), die herausfanden, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen die Einnahme von weniger Medikamenten als zentral für ihre Lebensqualität einschätzen. Naheliegend ist die Erklärung, dass Personen, die mehrere oder hochdosierte Medikamente einnehmen, psychisch stärker beeinträchtigt sind und deshalb ihre Lebensqualität als vermindert bewerten. Anlehnend an Untersuchungen zur Bedeutung medikamentöser Nebenwirkungen (Angermeyer et al., 1999; Awad et al., 1997; Baer et al., 2003; Browne et al., 1998; Marder, 2005; Ritsner et al., 2002) lässt sich annehmen, dass diese mit der Anzahl eingenommener Medikamente zunehmen und somit auch die Lebensqualität stärker beeinträchtigen. Auch in den qualitativen Interviews berichteten die Befragten von Beeinträchtigungen durch Nebenwirkungen, wobei vor allem Müdigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten und

⁸⁰ Diese Befunde entstammen nicht der systematischen inhaltsanalytischen Auswertung der Interviewtexte, sondern geben persönliche, während der Interviewgespräche notierte Eindrücke wieder.

gen, wobei vor allem Müdigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten und Gewichtszunahme als belastend empfunden wurden. Teilweise wurde auch das *Angewiesensein auf Medikamente* selbst negativ bewertet, was eine ambivalente Einstellung gegenüber den Medikamenten zufolge hatte. Andere Befragte wiederum schrieben Medikamenten eine sehr positive Bedeutung zu; in ihren Augen ermöglichten die Medikamente erst das Empfinden einer guten Lebensqualität.

10.2.4.3 Stigmatisierung

Verschiedene Aspekte von *Stigmatisierung* waren sowohl im quantitativen wie auch im qualitativen Untersuchungsteil mit der subjektiven Lebensqualität verknüpft. Die wahrgenommene Stigmatisierung psychischer Erkrankungen, d.h. die Überzeugung, dass die „meisten Leute“ (Link et al., 1989) Menschen mit psychischen Erkrankungen geringschätzen und ihnen ablehnend oder abwertend begegnen, hatte in den quantitativen Analysen keinen Effekt auf die Lebensqualität. Diese wurde jedoch durch ein *defensives Stigma-Coping* vermindert. Dies bedeutet, dass die Überzeugung, dass es besser ist, eine psychische Erkrankung zu verschweigen und dass sich Menschen mit psychischen Erkrankungen eher zurückziehen sollten, mit einer Beeinträchtigung des Wohlbefindens einhergeht (vgl. auch Corring & Cook, 2007). Erklären lässt sich dieser Befund einerseits mit dem Zusammenhang von Stigmawahrnehmung und Copingorientierung mit dem Selbstwertgefühl und der Selbstwirksamkeit (Corring & Cook, 2007; Markowitz, 1998; Rosenfield, 1997). Der Selbstwert ist wiederum eng mit der subjektiven Lebensqualität verknüpft (ebd.). Andererseits verweist das defensive Stigma-Coping auf eine tendenziell depressive und selbststigmatisierende Verarbeitung der psychischen Erkrankung (Corring & Cook, 2007), die der subjektiven Lebensqualität ebenfalls abträglich sein könnte (vgl. 10.2.4.1).

Auch in den qualitativen Interviews wurde die Wahrnehmung von Stigmatisierung und deren Bewältigung durch Verschweigen und Rückzug angesprochen, wenn auch bei Weitem nicht von allen Teilnehmenden. Dies widerspiegelt die Resultate der Studien von Camp et al. (2002) sowie von Freidl et al. (2003), die aufzeigen konnten, dass die Beeinträchtigung durch und der Umgang mit negativen gesellschaftlichen Stereotypen individuell variiert. In den Interviews wurde – entsprechend der „Modified-Labeling-Theorie“ von Link et al. (1989) – vor allem *der Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik* als jenes Element der Stigmatisierung dargestellt, welches am stärksten die Vorurteile des sozialen Umfelds und der Gesellschaft evoziert und für die Betroffenen dazu führt, dass sie z.B. am Arbeitsplatz ihre Erkrankung verschweigen. Verschiedentlich berichteten die befragten Personen von Erfahrungen mit stigmatisierendem Verhalten anderer, was auch den Befunden der quantitativen Erhebung entspricht (vgl. Kap. 7.2.4). Diese bestanden vor allem daraus, von anderen Personen, insbesondere Freundinnen und Freunden oder Bekannten, gemieden zu werden, was die Betroffenen als verletzend und kränkend beschrieben und was in ihren Augen wiederum zu tendenziellem Rückzug und dem Verschweigen der Erkrankung und des Klinikaufenthalts beitrug.

10.2.5 Relevanz für sozialpsychiatrische Praxis und Rehabilitation

Aus den in den vorhergehenden Kapiteln zusammengefassten Befunden und Interpretationen lassen sich verschiedene Schlussfolgerungen für die sozialpsychiatrische Behandlungs- und Rehabilitationspraxis ableiten. In Anlehnung an die frühe Lebensqualitätsstudie von Andrews und Whitey (1976) unterscheide ich dabei zwischen *Bereichen* und *Kriterien* der subjektiven Lebensqualität. Wie schon in Kapitel 3.7.1 beschrieben, beziehen sich Bereiche auf *Orte, Personen, Aktivitäten und Rollen*, während Kriterien *Werte, Ziele, Bestrebungen und Wunschvorstellungen* repräsentieren.

10.2.5.1 Bereiche psychiatrischer Rehabilitation: Orte, Personen, Aktivitäten und Rollen

Im Zusammenhang mit der Zielsetzung, dass sich psychiatrische Rehabilitation an der Verbesserung des Wohlbefindens bzw. der subjektiven Lebensqualität der betroffenen Menschen orientieren soll, lassen sich aus den Befunden folgende *Bereiche* psychiatrischer Rehabilitation eingrenzen:

- Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt
- Finanzielle Absicherung, ausreichender Lebensstandard, einschliesslich einer akzeptablen Wohnsituation
- Ermöglichung persönlich wichtiger Freizeitaktivitäten, Tagesstrukturierung
- Soziale Integration, Normalisierung sozialer Beziehungen
- Unterstützung bei besonderen Belastungen (akute Lebensereignisse)
- Symptomreduktion
- Unterstützung beim Umgang mit Medikamenten und Nebenwirkungen
- Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen in der Gesellschaft

Bei einer Sichtung moderner sozialpsychiatrischer Rehabilitationsansätze (Übersicht bei Rössler, 2004) lässt sich feststellen, dass diese die genannten Bereiche ungefähr abdecken. Diese Konvergenz lässt sich einerseits aus dem Design und dem Ziel der Längsschnittstudie erklären, die der vorliegenden Arbeit zugrunde liegt (vgl. Kap. 6.2.1). Diese hatte einen „klassischen“ sozialpsychiatrischen Hintergrund, nämlich Veränderungen der beruflichen und sozialen Integration und der Lebensqualität einer Gruppe von Menschen mit psychischen Erkrankungen über mehrere Jahre hinweg zu erfassen und die Bedingungen bzw. Einflussfaktoren dieser Variablen zu identifizieren. Dabei orientierten sich die Fragestellungen und Eingrenzung der untersuchten Variablen vornehmlich an der aktuellen Literatur der sozialpsychiatrischen Lebensqualitätsforschung. Entsprechend wurden auch die zu untersuchenden Einflussfaktoren bestimmt und erhoben.

Darüber hinaus stand die Entwicklung der psychiatrischen Rehabilitation in engem Zusammenhang mit der Deinstitutionalisierung (Born & Becker, 2004). Mit der Deinstitutionalisierung wurde unter anderem angestrebt, Menschen mit psychischen Erkrankungen ein Leben in „normalen“ Bezügen zu ermöglichen. Rehabilitative Ansätze entstanden in der Folge aufgrund des Unterstützungsbedarfs der Betroffenen, von denen viele erhebliche Schwierigkeiten hatten, diese Bezüge selbst herzustellen (Prince & Prince, 2001). Während sich die Möglichkeiten und Methoden dieser Unterstützungsansätze in den letzten dreissig Jahren beträchtlich verändert und verfeinert haben, sind die grundlegenden Zie-

le die gleichen geblieben. So strebt die psychiatrische Rehabilitation nach wie vor die soziale und berufliche Integration, die sozioökonomische Absicherung und psychische Stabilisierung an, wobei sich das Erreichen dieser Ziele in einer Verbesserung der subjektiven Lebensqualität zeigen soll. Insofern decken sich die in der vorliegenden Analyse gefundenen Einflussfaktoren auf die subjektive Lebensqualität mit den Zielen psychiatrischer Rehabilitation und bestätigen diese weitgehend. Allerdings hat sich die Rolle, die der einstige „Patient“, die einstige „Patientin“ im Rehabilitationsprozess einnimmt, in den letzten Jahren grundlegend verändert. Im Folgenden werden die Befunde der vorliegenden Untersuchung auf diese Veränderungen und neuste Entwicklungen bezogen.

10.2.5.2 Kriterien psychiatrischer Rehabilitation: Werte, Ziele, Bestrebungen und Wunschkonzepte

Im qualitativen Teil der Arbeit (vgl. Kap. 7.1) wird deutlich, dass die oben genannten Bereiche wie Arbeit, soziale Beziehungen und der Umgang mit der Erkrankung bei den Befragten sehr individuell ausgestaltet waren und sich die Lebenssituationen der Teilnehmenden erheblich unterschieden. Übereinstimmungen fanden sich insofern, als die meisten Befragten die genannten Bereiche als in irgendeiner Form wichtig für ihr Wohlbefinden und ihre Lebensqualität betrachteten. Die subjektive Bedeutung verschiedener Bereiche, jeweilige darauf bezogenen Belastungen, Ressourcen und Bedürfnisse, Veränderungswünsche und Unterstützungsbedarf wiesen wiederum beträchtliche individuelle Unterschiede auf. Neben Berichten über erkrankungsbedingtes Leid und Verzicht erzählten die Teilnehmenden zudem wiederholt von *positiven Entwicklungen und persönlichen Lernprozessen*. Darüber hinaus konnten die meisten der befragten Personen ziemlich genau beschreiben, was für sie Lebensqualität bedeutet und was für sie zu einer guten Lebensqualität beiträgt. Daraus lassen sich – entsprechend den Bereichen im vorhergehenden Kapitel – folgende *Kriterien* für die psychiatrische Rehabilitation ableiten:

- Orientierung an der individuellen Lebenssituation und der individuellen Ausgestaltung zentraler Lebensbereiche
- Orientierung an der subjektiven Bedeutung und dem Stellenwert der Lebensbereiche und ihrer verschiedenen Aspekte
- Berücksichtigung individueller Ziele, Bedürfnisse, Veränderungswünsche und Bewältigungskompetenzen
- Fokussierung auf positive Entwicklungen, Lernprozesse und Zukunftsperspektiven
- Anerkennung und Unterstützung der Menschen mit psychischen Erkrankungen als „Expertinnen“ und „Experten“ für ihrer Erkrankung

In Bezug auf Interventionsmethoden und Unterstützungsmodelle wird hier deutlich, dass aktuelle Rehabilitationsansätze, die unter dem Begriff *Alltags- und Lebensweltorientierung* sozialpsychiatrisches Handeln stark auf das Individuum ausrichten (Obert, 2004), diesen Kriterien – insbesondere den ersten drei – entsprechen. Auch Modelle wie Case Management, „home treatment“ und mobile „community mental health teams“ (Born & Becker, 2004) orientieren sich am Individuum und dessen Alltag. Ü-

bergeordnete Perspektiven und Werthaltungen, die in den letzten Jahren in der psychiatrischen Rehabilitation an Bedeutung gewannen, stellen ebenfalls vermehrt individuelle Ziele und Bedürfnisse, Ressourcen, positive Entwicklungen und die Selbstbestimmung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Vordergrund. Das „paternalistische“ Behandlungsmodell (Lauber & Rössler, 2004), das der Fachperson die Rolle des „Wissenden“ und der Patientin oder dem Patienten die Rolle des unmündigen, unwissenden und entscheidungsunfähigen Hilfe-Empfangenden zuweist, wird zunehmend abgelöst durch eine Konzeptualisierung von Behandlung, die Selbstbestimmung, Kompetenzentwicklung, Würde und Wissen der Betroffenen stärker gewichtet. Zu nennen sind hier vor allem die Konzepte *Recovery* (vgl. Kap. 3.7.2) und *Empowerment*. Beide Begriffe lassen sich – je nach Fokus – einerseits verstehen als von Betroffenen und Fachpersonen gemeinsam angestrebte Ziele des Rehabilitationsprozesses, andererseits als Haltung oder Aspekt der Beziehungsgestaltung zwischen Fachpersonen und Betroffenen (Lauber & Rössler, 2004; Rössler & Lauber, 2004). Empowerment bedeutet in erster Linie, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen befähigt und darin unterstützt werden, möglichst selbstverantwortlich, selbstbewusst und kompetent ihr Leben zu gestalten und mit der Erkrankung umzugehen (ebd.). Der Recovery-Ansatz stellt Wachstum mit und trotz der Erkrankung, Selbstwirksamkeit, Subjektivität und positive Entwicklung in den Vordergrund (Anthony, 1993; Davidson et al., 2001; Roe & Chopra, 2003). Beiden Konzepten gemeinsam ist eine *Perspektive der Hoffnung und Veränderbarkeit*. Diese ist aber nicht einfach vorhanden, sondern muss – insbesondere nach Rückfällen – von Betroffenen und Fachpersonen gemeinsam immer wieder erarbeitet werden (Davidson et al., 2001). Dabei ist es wichtig, nicht aufgrund einer einseitigen Fokussierung und Überbetonung von Ressourcen, Stärken und Selbstbestimmung das Leiden und die reale Abhängigkeit der Betroffenen von der Unterstützung durch Fachpersonen zu bagatellisieren und zu verleugnen (Baer et al., 2003). Ebenso ist zu berücksichtigen, dass das Akzeptieren der Erkrankung und deren Integration ins Selbstbild und die eigene Biografie eine für viele Betroffenen schwierige Aufgabe darstellt, die sehr lange dauern kann bzw. immer wieder neu geleistet werden muss (ebd.).

Die Befunde aus den qualitativen Interviews zeigen, dass der „Paradigmenwechsel“ (Rössler, 2004; Vorwort), der sich im Aufkommen der hier beschriebenen Ansätze, Konzepte und professioneller Haltungen zeigt, den Bedürfnissen und Belangen von Betroffenen entgegenkommt (vgl. auch Crane-Ross, Roth & Lauber, 2000). Wie die Fallbeispiele von Obert (2004) illustrieren, bleibt aber die Verwirklichung dieser Haltungen sowohl für Fachpersonen wie auch für die Betroffenen selber im Einzelfall eine stetige Herausforderung. Es muss eine Balance gefunden werden zwischen Unterstützung und Ermutigung seitens der Fachpersonen, aber auch deren Auftrag, Verelendung und Selbstgefährdung zu verhindern, sowie den Autonomiewünschen und der individuellen Verarbeitung der Erkrankung seitens der Betroffenen (ebd.). So ist die im Zusammenhang mit Empowerment angestrebte Unabhängigkeit und „vollständige Kontrolle über alle Bereiche seines Lebens“ (Lauber & Rössler, 2004; S. 148) eher als Orientierungspunkt, auf den die Rehabilitation immer wieder ausgerichtet werden sollte, denn als endgültiges und in jedem Fall realistisches und erreichbares Rehabilitationsziel zu werten. Bezogen

auf die Befunde aus den qualitativen Interviews sind die beschriebenen neueren Ansätze, die unter den Begriffen Empowerment und Recovery zusammengefasst werden können, als zukunftsweisend zu bezeichnen, da sie individuelle Ziele, Wünsche und Lebenslagen in den Vordergrund stellen und positive Entwicklungen aufgreifen, begleiten und unterstützen. Implikationen für die Forschung werden in den folgenden beiden Kapiteln diskutiert.

10.3 Theoretische und konzeptuelle Aspekte

10.3.1 Rückblende: konzeptuelles Modell zur subjektiven Lebensqualität

Einer der Hauptkritikpunkte der Verwendung von subjektiver Lebensqualität als Evaluationskriterium ist, dass dieses ohne ausreichende theoretische Reflexion und dadurch ohne hinreichend begründete Kriterien zur Operationalisierung verwendet wird (vgl. Kap. 4.1). Ausgehend von der – vereinfachten – Annahme, dass subjektive Lebensqualität die subjektive Einschätzung der eigenen Lebenssituation und Lebensumstände repräsentiert, lässt sich bei einem Blick über disziplinäre Grenzen hinweg feststellen, dass unter dem Begriff „subjektives Wohlbefinden“ in der Psychologie ein eigenständiges Forschungsgebiet existiert, das sich mit den Bedingungen und Einflussfaktoren von Wohlbefinden auseinandersetzt. Aufgrund der identischen Konzeptualisierung von subjektiver Lebensqualität im sozialpsychiatrischen Kontext und subjektivem Wohlbefinden in der Psychologie handhabte ich in der vorliegenden Arbeit die Begriffe als gleichbedeutend (vgl. Kap. 4.2). In Kapitel 4 wurde das Modell von Kim-Prieto et al. (2005) vorgestellt, das Annahmen, Konzeptualisierungen und Befunde der psychologischen Wohlbefindensforschung vereint und das ich aufgrund weiterer Studien ergänzte. Im Folgenden sollen die Ergebnisse aus den quantitativen und qualitativen Auswertungen zu diesem Modell in Bezug gesetzt werden. Zur Erinnerung: Vier sequentielle Komponenten konstituieren das Wohlbefinden, wobei es sich erstens um *Lebensumstände und Ereignisse*, zweitens um die *emotionalen und kognitiven Reaktionen* darauf, drittens um die *Erinnerung an diese Reaktionen* sowie viertens um die *globale Beurteilung der Lebenszufriedenheit* handelt. Die in der vorliegenden Arbeit verwendeten Instrumente decken hauptsächlich zwei dieser Komponenten ab. Mit den untersuchten Einflussvariablen wurden hauptsächlich *Lebensumstände und Ereignisse* und darauf bezogene *globale Beurteilungen* erfasst, so z.B. das soziale Netzwerk und die wahrgenommene soziale Unterstützung. Im WHO-Fragebogen wurde die Zufriedenheit mit verschiedensten Aspekten der Lebensumstände und der eigenen Person erfragt, was ebenfalls der Komponente der *globalen Beurteilung* entspricht. Aus diesem Grund gehe ich in erster Linie auf diese Komponenten so wie die mit ihnen verbunden weiteren Faktoren ein (vgl. Grafik 2, 4.3.1). Eine direkte Integration der Befunde in das Modell gestaltet sich insofern schwierig, als die der vorliegenden Arbeit zugrundeliegende Studie zum Ziel hatte, die *Ausprägung* von Lebensumständen und derer Beurteilung zu erfassen, während das Modell vor allem die *involvierten Prozesse* beschreibt. Aus diesen Gründen wird davon abgesehen, für die einzelnen Befunde einen exakten Bezug zu den einzelnen Faktoren und Komponenten zu machen (vgl. hierzu 4.3.10).

Wie ich in 10.2.2 ausgeführt habe, lässt sich die vereinfachte Aussage, objektive Lebensumstände hätten keinen Einfluss auf die subjektive Lebensqualität, nicht aufrechterhalten. Vielmehr wird – so auch die Argumentation von Kim-Prieto et al. (2005) – der *Zusammenhang durch zahlreiche, individuell variierende Faktoren beeinflusst*, so dass eine einfache und direkte Relation nicht beobachtet werden kann. Entsprechend liessen sich in der vorliegenden Arbeit verschiedenste Aspekte der äusseren, „objektiven“ Lebenssituation als bedeutsam für das Wohlbefinden eruieren: die Arbeitstätigkeit, Freizeitaktivitäten, Freundschaften, Lebensereignisse bzw. chronische Stressoren und die finanzielle Absicherung. In Kapitel 10.2.2 versuchte ich auch aufzuzeigen, dass diese objektiven Aspekte jeweils eng mit der subjektiven Bedeutung und Wahrnehmung zusammenhängt, was sich in der quantitativen Analyse besonders deutlich in jenen Bereichen zeigte, wo sowohl die objektive Ausprägung wie auch die subjektive Wahrnehmung erhoben wurde: so beeinflussten sowohl Freundschaften wie auch die wahrgenommene soziale Unterstützung das Wohlbefinden, und bei den Lebensereignissen zeigte die Anzahl der Ereignisse, vor allem aber auch die subjektive Belastung einen Effekt.

Wie bereits in Kapitel 10.2.1 dargelegt, kann die Veränderung zwischen Erst- und Zweitbefragung in erster Linie auf die Verbesserung der Symptomatik und des Befindens nach der psychischen Krise, in deren Zusammenhang der Klinikaufenthalt stand, verstanden werden. Die gleichbleibenden Lebensqualitäts-Einschätzungen zwischen der Zweit- und Drittbefragung könnten als Anpassungsprozesse konzeptualisiert werden. Auf diese werde ich im nächsten Kapitel eingehen, da sie ein zentrales Element des Modells sind.

10.3.2 Beitrag des Modells zum Verständnis des Konstrukts subjektive Lebensqualität bei Menschen mit psychischen Erkrankungen

10.3.2.1 Dynamische Anpassungsprozesse

Empirische Untersuchungen zeigen, dass sich die subjektive Lebensqualität im „naturalistischen“ Verlauf nur wenig verändert und zwar auch dann, wenn sich die äusseren Lebensumstände verändern (Kaiser & Priebe, 1998; Huppert & Smith, 2001). Dieser Befund führte dazu, dass der Nutzen des Konstrukts als Evaluationskriterium kritisch hinterfragt wurde (vgl. Kap. 4.1). Das von mir ergänzte Modell von Kim-Prieto et al. (2005) sowie die Befunde der vorliegenden Arbeit und weiterer Studien bieten hier verschiedene Erklärungsansätze. Aufgrund von Erkenntnissen aus der Forschung zu psychischem Wohlbefinden postulierte vor allem Cummins (2000; Cummins et al., 2002), dass die geringe zeitliche Variabilität auf Prozesse zurückzuführen ist, die er als *Wohlbefindenshomöostase* bezeichnet. Diese besitzt für den Menschen eine adaptive Funktion und ihre Ausprägung wird von Persönlichkeitsfaktoren wie Extraversion und Neurotizismus beeinflusst (ebd., vgl. Kap. 4.3.3).

Aus psychologischer Perspektive sind *Ziele, Wünsche und Erwartungen* als zentrales Element von Anpassungsprozessen anzusehen. Die stetige Anpassung der eigenen Bestrebungen in Bezug auf den erwarteten Erfolg oder Misserfolg von Handlungen wurde in der Motivationspsychologie schon von Lewin et al. (1944) erforscht. Brickman et al. (1978) konzeptualisieren Anpassungsprozesse als stetigen Wandel innerer Evaluationsstandards und Vergleichswerte in Reaktion auf sich verändernde äus-

sere Umstände. Im Hinblick auf die so genannten „Gap-Discrepancy“-Ansätze (vgl. Kap. 4.3.6.2), welche subjektive Lebensqualität als Ist-Soll-Vergleich definieren, lässt diese Argumentation einer stetigen Anpassung den Schluss zu, dass – mit dem Ziel der Wohlbefindenshomöostase – Menschen ihren „Sollwert“ für das Wohlbefinden, d.h. ihre Erwartungen, Ziele und Wünsche an den gegebenen Umständen und Möglichkeiten ausrichten. Dies hat im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen eine besondere Bedeutung. Wie Angermeyer und Kilian (2006) darlegen, ist davon auszugehen, dass sich die Erkrankung und die daraus folgenden Einschränkungen stark auf die Ziele, Wünsche und Erwartungen der Betroffenen und ihre Vorstellungen über deren Realisierbarkeit auswirken. In diesem Zusammenhang sind verschiedene Anpassungsprozesse denkbar. So können unerreichbar scheinende Ziele und Wünsche in einer resignierten Haltung aufgegeben werden (ebd.). Die relativ hohe subjektive Lebensqualität von Menschen, die in deprivierten Umständen leben, insbesondere von psychiatrischen Langzeitpatientinnen und -patienten, wurde oft entsprechend interpretiert (vgl. Franz, 2006a). Diese Anpassungsleistung ist jedoch nicht ausschliesslich unter negativem Vorzeichen zu sehen. In der vorliegenden Arbeit verdeutlichen die Aussagen der Teilnehmenden in den qualitativen Interviews, dass eine gewisse Anpassung an die durch die Erkrankung veränderten Lebensumstände und -perspektiven unumgänglich ist und den Betroffenen in Anbetracht der Einschränkungen durch die Erkrankung gar nichts anderes übrig bleibt, als ihre Ziele und Erwartungen mit den Gegebenheiten in Einklang zu bringen und auf gewisse Ziele sogar zu verzichten. Die Interviews zeugen aber auch von einer anderen Möglichkeit der Anpassung: die aktive Bewältigung und die Orientierung an positiven Entwicklungen, die als funktionale Anpassungsprozesse gewertet werden können (Cheng, 1988; Evans & Huxley, 2005; Franz, 2006a). Inwieweit Anpassungsprozesse in einer resignierten oder einer bewältigungsorientierten Haltung münden, ist einerseits abhängig von der Unterstützung durch das Umfeld und Fachpersonen bei der Verwirklichung der Ziele und Wünsche oder, falls Ziele und Wünsche aufgegeben werden müssen, beim Akzeptieren und Verarbeiten des Verlusts. Andererseits spielt auch die Haltung der Betroffenen ihrer Erkrankung gegenüber eine wichtige Rolle in Bezug auf funktionale Anpassungsprozesse (Obert, 2004). Den Unterstützungsmöglichkeiten sind vor allem dann Grenzen setzt, wenn eine Person nicht bereit oder fähig ist, Einschränkungen oder die Erkrankung überhaupt wahrzuhaben (ebd.).

In Bezug auf die empirisch beobachteten geringen Veränderungen subjektiver Lebensqualität im naturalistischen Verlauf bei gleichzeitiger Verschlechterung objektiver Lebensumstände bietet also das Modell von Kim-Prieto et al. (2005) Erklärungen, die in Bezug auf Menschen mit psychischen Erkrankungen vor allem die Anpassung von Zielen, Wünschen und Erwartungen in den Vordergrund stellen. Ausser den in Kapitel 4.3.9 dargestellten Wechselwirkungen zwischen verschiedenen Wohlbefindenssequenzen bietet es jedoch wenig Hand, die auch in der Definition von Lebensqualität hervorgehobenen dynamischen Anpassungsprozesse abzubilden. Eine – nicht nur im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen wichtige – *zeitliche Dimension*, die es erlauben würde, eine Entwicklungsper-

spektive bzw. den Einfluss bisheriger biografischer Erfahrungen darzustellen, fehlt sowohl im Modell von Kim-Prieto et al. (2005) wie auch anderen Konzeptualisierungen subjektiver Lebensqualität.

10.3.2.2 Komponenten, Dimensionen, Korrelate, Prädiktoren und Aspekte

Der Überblick über die empirischen Befunde in Kapitel 3 zeigt, dass für diejenigen Variablen, die mit der subjektive Lebensqualität zusammenhängen oder diese beeinflussen, unterschiedlichste Begriffe gebraucht werden. „Einflussfaktoren“, „Prädiktoren“ und „Korrelate“ sind der Statistik entlehnte Begriffe, die implizieren, dass die untersuchten Phänomene *nicht Teil* der subjektiven Lebensqualität sind, sondern diese eben beeinflussen oder mit ihr zusammenhängen. „Dimensionen“, „Facetten“, „Indikatoren“, „Aspekte“ oder „features“ (Eigenschaften, Gladis et al., 1999) sind demgegenüber Begriffe, die eher darauf verweisen, dass die damit bezeichneten Phänomene *Teil* der subjektiven Lebensqualität sind. Als problematisch ist nicht nur die ungenaue und uneinheitliche Begriffsverwendung zu erachten, es stellen sich in diesem Zusammenhang grundsätzliche konzeptuelle und methodische Fragen (vgl. hierzu Kap. 10.4).

Ein zentraler Kritikpunkt am Konstrukt Lebensqualität bezieht sich auf die als ungenügend angesehene *Unterscheidung zwischen Glück, Wohlbefinden und Zufriedenheit* (vgl. Kap. 4.1; Pukrop, 2003). Dazu finden sich im Modell von Kim-Prieto et al. (2005) einige Ansatzpunkte, die zu einer Klärung beitragen können. Hier wird Wohlbefinden oder subjektive Lebensqualität als *übergeordnetes Konstrukt* verstanden, das sich aus zeitlich voneinander abgrenzbaren Komponenten konstituiert, die je über unterschiedliche Methoden erfasst werden können. Die Komponenten sind also ein Teil des übergeordneten Konstrukts (ebd.). Diesem Vorschlag folgend, können *Glücksgefühle* als unmittelbare emotionale Reaktion auf Ereignisse oder Umstände und gegebenenfalls als Erinnerung an diese verstanden werden, während *Zufriedenheit* die auf längere Zeiträume ausgerichtete kognitive Bewertung der Lebensumstände darstellt.

Eine zweite zentrale Kritik des Lebensqualitäts-Konstrukts betrifft dessen *Abgrenzung von anderen Konzepten* (vgl. Kap. 4.1; Pukrop, 2003). Auch hierzu bietet das vorgestellte Modell Ansätze zu einer Klärung. Die genannten Komponenten von subjektiver Lebensqualität stehen nämlich ihrerseits im Zusammenhang mit einer Reihe weiterer, von Kim-Prieto et al. (2005) als „Faktoren“ bezeichneten Prozesse und Variablen, die nicht Teil des übergeordneten Konstrukts sind, sondern dieses durch die Beeinflussung der Komponenten indirekt prägen. So werden z.B. sowohl die unmittelbaren Reaktionen auf Ereignisse und Umstände wie auch die globale Beurteilung stark durch Persönlichkeitsfaktoren, den Selbstwert und Attributions- und Bewertungsstile beeinflusst (vgl. Kap. 4.3.8). Der globale Einfluss des persönlichen Bewertungsstils ist besonders wichtig und zeigt sich in einem *engen Zusammenhang verschiedener selbstbeurteilter Variablen*, die als Einflussfaktoren der subjektiven Lebensqualität von Menschen mit psychischen Erkrankungen erhoben werden. So fanden Priebe et al. (1998b) sowie Fakhoury und Priebe (2002) hohe Korrelationen zwischen verschiedenen Größen, welche die „subjektive Perspektive“ der Betroffenen, d.h. Wahrnehmungen und Einschätzungen, wiedergeben: subjektive Lebensqualität, Kohärenzsinn („sense of coherence“; Antonovsky, 1993, 1997),

subjektive Behandlungsbedürfnisse und selbstbeurteilte Symptome. Auch in der vorliegenden Arbeit waren die subjektiven Beurteilungen, d.h. Variablen, anhand derer erfasst wurde, wie etwas wahrgenommen oder bewertet wird – wie soziale Unterstützung, subjektive Belastung durch Lebensereignisse, selbstbeurteilte depressive Symptome und wahrgenommene Stigmatisierung –, eng miteinander korreliert (vgl. Kap. 7.2). Im Ansatz von Kim-Prieto et al. (2005) lässt sich also der Zusammenhang zwischen solchen Variablen und der – ebenfalls selbstbeurteilten – subjektiven Lebensqualität nicht wie erwähnt als mangelnde konzeptuelle Abgrenzung oder methodische Ungenauigkeit interpretieren, sondern auf den Einfluss eines „general appraisal factors“ (Fakhoury & Priebe, 2002) oder eben den Bewertungsstil zurückführen. Da depressive Symptome, wie in Kapitel 3.5.1 beschrieben, Wahrnehmungs- und Bewertungsprozesse stark beeinflussen, kann unter dieser Perspektive auch der Einfluss depressiver Symptome auf die Beurteilung der Lebensqualität nicht als Trugschluss („fallacy“) interpretiert werden. Vielmehr muss in diesem Fall, wie auch verschiedentlich vorgeschlagen wurde (Baer et al., 2003; Franz, 2006a; Gladis et al., 1999; Orley et al., 1998), das depressive Erleben als zentraler Bestandteil der subjektiven Perspektive gewertet werden.

10.3.2.3 Beurteilung des Modells in Bezug auf den gegenwärtigen wissenschaftlichen Diskurs

Das Modell von Kim-Prieto et al. (2005) bietet somit eine Möglichkeit, verschiedene Befunde zur subjektiven Lebensqualität von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu erklären und aufeinander zu beziehen. Darüber hinaus ermöglicht das Modell im Zusammenhang mit den qualitativen und quantitativen Befunden der vorliegenden Arbeit eine Klärung bezüglich verschiedener in 4.1 dargestellter *Kritikpunkte* zur Verwendung des Konstrukts⁸¹. So monierten Kilian und Pukrop (2006; auch Pukrop, 2003), dass es sich um eine *unzulässige Vereinfachung* handle, wenn angenommen wird, dass sich die subjektive Lebensqualität – als Einschätzung der objektiven Lebensumstände – verbessern lässt, wenn diese Umstände verbessert werden. Tatsächlich zeigen sich empirisch in den meisten Studien nur geringe Zusammenhänge zwischen objektiven Umständen und subjektiver Lebensqualität (vgl. Kap. 3.1). Die Befunde der vorliegenden Arbeit und die Argumentation von Kim-Prieto et al. (2005) verweisen darauf, dass dies nicht daran liegt, dass es diese Zusammenhänge nicht gibt – vielmehr werden sie durch Anpassungsprozesse, Persönlichkeitsfaktoren, den Bewertungsstil und die momentane Stimmung so stark beeinflusst, dass ein direkter Zusammenhang empirisch nicht gefunden werden kann. Hinzu kommt, dass die interindividuellen Unterschiede bezüglich Zielen, Wünschen und Erwartungen, welche eng mit den Anpassungsprozessen zusammenhängen, beträchtlich sind (vgl. Kap. 10.3.2.1). Ein weiterer Kritikpunkt betrifft die *mangelnde Veränderungssensitivität* der subjektiven Lebensqualität im „Spontanverlauf“ (vgl. Kap. 3.6). Diese lässt sich ebenfalls mit den beschriebenen Anpassungsprozessen begründen, stellt aber die Validität des Konstruktes als Evaluationskriterium in Frage (vgl. Kap. 10.4). Klären lässt sich auch die Frage nach der konzeptuellen Abgrenzung verschiedener „subjektiver“ Konstrukte (Pukrop, 2003): den Ausführungen von Kim-Prieto et al. (2005) fol-

⁸¹ Die auf methodische Fragen bezogenen Kritikpunkte werden in Kapitel 10.4 diskutiert.

gend, lässt sich deren Übereinstimmung hauptsächlich durch Persönlichkeitsmerkmale und den Bewertungsstil erklären.

Der Forderung nach einer *empirisch überprüfbaren Theorie* (Kilian & Pukrop, 2006) vermag aber auch das vorgestellte Modell nicht zu genügen. Dieses repräsentiert vielmehr einen Überblick und eine Zusammenfassung und Strukturierung der theoretischen und empirischen Erkenntnisse eines ganzen Forschungsgebietes, der psychologischen Wohlbefindensforschung. Durch den dadurch bedingten hohen Komplexitätsgrad des Modells sowie die fehlende Festlegung der Wirkungsrichtungen der Verbindungen zwischen den einzelnen Elementen (vgl. Kap. 4.3.10) erscheint die Ableitung von überprüfbaren Hypothesen praktisch unmöglich. Hinzu kommt, dass ein zentrales Element des Modells, die dynamischen Anpassungsprozesse, weder grafisch visualisiert wird noch diesen Prozessen im Hinblick auf langfristige Entwicklungen und Veränderungen des Wohlbefindens genügend Platz eingeräumt wird. Diese Prozesse sind aber für das Wohlbefinden von Menschen mit psychischen Erkrankungen zentral, insbesondere im Zusammenhang mit längerfristigen Entwicklungen, Bewältigung und Recovery (vgl. Kap. 10.3.2.1). Das Modell ist in dieser Hinsicht als *zu unspezifisch* zu bewerten.

10.3.4 Implikationen für Forschung und Theorieentwicklung

Das vorgestellte Modell sowie die Forschung zur subjektiven Lebensqualität beziehen sich auf *verschiedenste theoretische Ansätze*, deren disziplinäre Ursprünge in so unterschiedlichen Fachgebieten wie Persönlichkeitspsychologie, Motivationspsychologie, Emotions-, Kognitions- und Sozialpsychologie, Soziologie und Ökonomie zu verorten ist (vgl. auch Kap. 4.3.10). Im Zusammenhang mit der subjektiven Lebensqualität von Menschen mit psychischen Erkrankungen kommen Gesundheitspsychologie, Psychopathologie, Sozialpsychiatrie, Verhaltensmedizin, Neurowissenschaften sowie Stressforschung, Bewältigungs- und Stigmaforschung hinzu. Angesichts dieser Vielfalt und der Komplexität der beschriebenen Prozesse und Phänomene ist nicht davon auszugehen, dass es künftig *eine* übergreifende und allumfassende Theorie zum Wohlbefinden geben wird. Im Idealfall werden die verschiedenen disziplinären Perspektiven bzw. deren Verbindung in einer *interdisziplinären Sichtweise* das Wissen über Wohlbefinden und subjektive Lebensqualität erweitern und eine theoretische Differenzierung und Weiterentwicklung ermöglichen. Eine grosse Herausforderung dabei wird sein, Wohlbefinden nicht nur als *Ergebnis* verschiedenster anderer Prozesse zu konzeptualisieren und zu erforschen, sondern auch als dynamischen Prozess mit rekursiven Eigenschaften. Diese Idee wurde zwar schon von Diener (1984) formuliert, jedoch gibt hierzu es erst wenige Studien, die zudem der Komplexität des Phänomens nicht in erster Linie aufgrund theoretischer Überlegungen sondern mittels komplexer statistischer Verfahren wie Pfadmodellen (Headey, Veenhoven & Wearing, 1991) oder nicht-linearer Mathematik (Stones & Kozma, 1991) begegnen.

In Bezug auf die *Forschung zu subjektiver Lebensqualität von Menschen mit psychischen Erkrankungen* lassen sich mit Blick auf die bisherige Befundlage und die genannten Kritikpunkte einige Perspek-

tiven für die künftige Entwicklung herausarbeiten⁸². Ein einfacher, aber zentraler Punkt ist die Verwendung des Begriffs „Lebensqualität“. Da dieser sich ohne die Spezifizierung „objektiv“ oder „subjektiv“ sowohl auf objektive Lebensumstände wie auch auf deren subjektive Einschätzung beziehen kann, bleibt in vielen Studien und Publikationen unklar, was gemeint ist bzw. erfasst wurde. Darüber hinaus verbinden einige Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität die beiden Aspekte zu einem Globalkonstrukt (Kilian & Pukrop, 2006), was in der Folge zu schwer interpretierbaren Forschungsergebnissen führt. Hier würde eine *klare konzeptuelle und methodische Unterscheidung*, die sich auch in einer *differenzierteren Begriffsverwendung* niederschlägt, den wissenschaftlichen Diskurs sowie die Interpretation von Forschungsergebnissen vereinfachen. Begrifflich unterscheiden liessen sich z.B. „subjektive Lebensqualität“ und „objektive Lebensumstände“. Beurteilt nicht die betroffene Person selbst ihr Befinden oder ihre Lebensumstände, sondern eine Fachperson oder eine Forscherin, ein Forscher, so wäre dies ebenfalls zu kennzeichnen. Für solche Fremdbeurteilungen der Lebensqualität existiert eine Reihe von Skalen wie das GAF (DSM-IV, Global Assessment of Functioning; American Psychiatric Association, 2000) oder die BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale; Overall & Gorham, 1962), die eine Konfundierung weniger wahrscheinlich machen. Noch deutlicher wäre die Verwendung der Begriffe „Lebensumstände“ und „Wohlbefinden“, dies ist jedoch aufgrund der langen Tradition der Lebensqualitätsforschung und der weiten Verbreitung des Begriffs wenig realistisch (vgl. auch Warner, 1999).

Die begriffliche Unschärfe verweist auch auf definitorische und konzeptuelle Unklarheiten (Hunt, 1997; Pukrop, 2003). Wird subjektive Lebensqualität konzeptualisiert und definiert als subjektive Einschätzung der eigenen Lebensumstände, steht Forschenden zwar eine griffige Definition zu Verfügung, die aber fälschlicherweise suggeriert, dass zwischen beidem ein direkter Zusammenhang besteht. Eine Erweiterung des Konzepts um zusätzliche Faktoren und Prozesse, wie z.B. im Modell von Kim-Prieto et al. (2005), oder in der Definition, die ich in der vorliegenden Arbeit gegeben habe (vgl. Kap. 4.2), wird zwar der Komplexität des Phänomens eher gerecht, ist aber gerade deswegen bezüglich der Ableitung empirisch überprüfbarer Hypothesen als beschränkt tauglich zu bewerten. Dennoch könnte die in der Sozialpsychiatrie beheimatete Forschung über subjektive Lebensqualität von Menschen mit psychischen Erkrankungen bezüglich der *Konzeptualisierung und theoretischen Weiterentwicklung* vom Einbezug der Erkenntnisse der Wohlbefindensforschung profitieren. Zur interdisziplinären oder eben biopsychosozialen Perspektive würde durch die Notion dynamischer Anpassungsprozesse, wie Angermeyer und Kilian (2006) bereits angeregt haben, auch noch eine zeitliche oder *Entwicklungsperspektive* hinzukommen. Eine „verbindliche“ Definition, wie sie z.B. von Hunt (1997) oder Awad et al. (1997) gefordert wird, wäre unter diesen Voraussetzungen nicht als Bedingung für konzeptuelle und theoretische Weiterentwicklungen, sondern eher als ein *Ziel* von diesen und als Produkt von Erkenntnisgewinn, Theoriebildung und Diskurs der Forschenden in diesem Gebiet zu verstehen.

⁸² Schlussfolgerungen bezüglich der Verwendung des Konstrukts als Evaluationskriterium werden in Kapitel 10.5 dargestellt.

Im Hinblick auf verschiedene Elemente des Modells von Kim-Prieto et al. (2005) sowie auf die von mir als zentral erachteten Anpassungsprozesse ergeben sich verschiedenste weiterführende Forschungsfragen und -themen, die das theoretische Verständnis der subjektiven Lebensqualität von Menschen mit psychischen Erkrankungen erweitern könnten. Diese könnten als Ausgangspunkt für eine *sozialpsychiatrische Grundlagenforschung* gewertet werden, die sich als interdisziplinäres Forschungsfeld versteht und die theoretische und konzeptuelle Weiterentwicklung der beschriebenen Prozesse sowie deren vertiefte Erforschung zum Ziel hat. Mögliche Fragen wären: Wie beeinflussen verschiedene psychopathologische Symptome die involvierten kognitiven und emotionalen Prozesse und welchen Einfluss hat dies auf die Einschätzung des eigenen Wohlbefindens? Wie sieht am Beispiel der „affective fallacy“ zeigt, ist die Begründung der „verzerrten“ Wahrnehmung zu kurz gegriffen, sind doch solche Prozesse ein inhärenter Bestandteil des Wohlbefindens (vgl. Baer et al., 2003; Franz, 2006a; Gladis et al., 1999; Orley et al., 1998). In Bezug auf die Anpassung und Veränderung von Erwartungen, Zielen und Wünschen – von Franz (2006a) als „Repriorisierung“ bezeichnet – stellen sich folgende Fragen: Welche Bedingungen führen zu einer resignierten, welche zu einer realistischen Anpassung von Lebenswünschen und -zielen? Welcher Anteil der Anpassung ist durch bewusste, aktive und willentliche Auseinandersetzung bestimmt, welcher Anteil durch ein unwillkürliches, automatisches „Sich-Einrichten“ in den gegebenen Umständen? Welche Rolle spielen objektive Lebensumstände? Welche Rolle spielt die Verarbeitung der Erkrankung in Bezug auf gelingende Anpassungsprozesse? Wie lassen sich Erkenntnisse über Anpassungsprozesse theoretisch und empirisch mit dem Recoveryansatz in Verbindung bringen?

Neben solchen theoretisch-konzeptuellen Überlegungen und den daraus ableitbaren Forschungsfragen stellen sich natürlich auch eher praxisbezogene Fragen, welche hauptsächlich die Verwendung von subjektiver Lebensqualität als Evaluationskriterium in der sozialpsychiatrischen Versorgungsforschung betreffen. Diese werden, unter Einbezug der im Folgenden erläuterten methodischen Aspekte, in Kapitel 10.5 diskutiert.

10.4 Methodische Aspekte

10.4.1 Bezug von Studiendesign, verwendeten Instrumenten und Auswertungsverfahren zu den Resultaten

Ein zentraler Kritikpunkt im gegenwärtigen Diskurs zur Forschung über subjektive Lebensqualität bezieht sich auf methodische Fragen wie z.B. die Vielzahl der in den Untersuchungen verwendeten Instrumente und die Heterogenität in Bezug auf Studiendesign, Stichproben und Auswertungsverfahren (vgl. Kap. 4.1, 4.5.3). Die Resultate der vorliegenden Untersuchung werden deshalb im Folgenden in Bezug zur gewählten Methodik diskutiert.

10.4.1.1 Studiendesign

Das *Studiendesign* steht – wie in Kapitel 10.2.1 herausgearbeitet – in engem Zusammenhang mit dem Anstieg der subjektiven Lebensqualität zwischen der Erst- und Zweitbefragung. Es ist anzunehmen,

dass eine rein naturalistisch angelegte Studie diesbezüglich andere Resultate – nämlich insgesamt geringe Veränderungen der Lebensqualität – erbracht hätte (vgl. Huppert & Smith, 2001; Kaiser & Pribe, 1998). Die Anlage der Untersuchung ist in Bezug auf mögliche Aussagen über Veränderungen insofern begrenzend, als drei Erhebungen als Minimum für eine Veränderungsmessung anzusehen sind, die auch nichtlineare Veränderungen abzubilden vermag (vgl. Kap. 10.6). Darüber hinaus lagen die Zeitpunkte mit – mindestens – zwölf Monaten sehr weit auseinander. Ein Studiendesign mit einer grösseren Anzahl Erhebungen in kürzer aufeinander folgenden Zeitabständen hätte genauere Aussagen hinsichtlich der in 10.3.2.1 beschriebenen Anpassungsprozesse ermöglicht (vgl. hierzu auch Kap. 10.5). Die Beschränkung der diagnostischen *Einschlusskriterien* auf die zwei häufigsten Hauptdiagnosen Schizophrenie und affektive Störungen⁸³ (vgl. Hamel, Warnke & Rössler, 2005; Neuenschwander, 2002) sollte dazu beitragen, eine zu grosse Heterogenität bezüglich der Diagnosen zu verhindern und dennoch Gruppenvergleiche zu erlauben (vgl. Kap. 6.2.1). Da die Diagnose im quantitativen Untersuchungsteil einen Effekt auf die subjektive Lebensqualität aufwies, hätte eine differenziertere Aufteilung anhand diagnostischer Gruppen diesbezüglich präzisere Resultate erbracht – z.B. bezüglich schizoaffectiver Störungen oder unipolarer im Vergleich zu bipolaren Störungen. Allerdings wäre eine solche Differenzierung aufgrund der Komplexität der Modelle (s.u.) beschränkt gewesen.

10.4.1.2 Quantitative und qualitative Erhebung

Im Zusammenhang mit dem Studiendesign stellt sich auch die Frage nach dem *zeitlichen Bezug* zwischen der Längsschnittstudie und den rund zwei Jahre später erfolgten qualitativen Interviews. Dieser wäre in dem Fall kritisch zu beurteilen, wenn die Ergebnisse der quantitativen und der qualitativen Erhebung direkt in Bezug gebracht würden, z.B. mittels einem Versuch, Interviewaussagen über die soziale und berufliche Integration mit den deskriptiven Statistiken der Dritterhebung in Verbindung zu bringen. Dies wurde jedoch nicht angestrebt. Vielmehr sollte der unterschiedliche methodische Zugang eine Vertiefung, Ergänzung und Erweiterung der quantitativen Resultate ermöglichen – inwieweit dies gelungen ist, werde ich in Kapitel 10.4.2 diskutieren.

Die Stichprobenzusammensetzung des qualitativen Untersuchungsteils erfolgte ausschliesslich durch *Selbstselektion*. Dies erhöhte das Risiko, dass besonders kommunikative, gut integrierte Personen mit einem hohen Grad an Selbstreflexion an den Interviews teilnahmen. Obwohl dies natürlich in einigen Fällen zutraf, zeigten sich die sechzehn Interviewpartnerinnen und -partner sowohl in der Gesprächssituation wie auch in ihren Aussagen in unterschiedlichem Ausmass durch die Erkrankung beeinträchtigt und wiesen zudem eine grosse Variabilität bezüglich ihrer Lebenssituation und ihrer sozialen Bezüge auf (vgl. 8.1). Abgesehen von der Tatsache, dass ein minimales Funktionsniveau und die Bereitschaft, einer fremden Person etwas über sein Leben zu erzählen, Bedingung war, um sich anzumelden, schliesse ich deshalb eine extreme Verzerrung der Befunde durch die Stichprobenzusammensetzung

⁸³ Personen mit Substanzstörungen wurden in der Annahme ausgeschlossen, dass die Unterschiede bezüglich Erkrankungsverlauf, psychosozialer Probleme, sozialer und beruflicher Integration die Vergleichbarkeit zu stark einschränken würde.

aus. Zusätzlich werden diese durch die Übereinstimmung mit anderen qualitativen Studien zur Lebensqualität von Menschen mit psychischen Erkrankungen validiert (vgl. 3.8.2; Corring & Cook, 2007; Prince & Gerber, 1998).

10.4.1.3 Instrument zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität

Als *Erhebungsinstrument* für die subjektive Lebensqualität diente in der vorliegenden Untersuchung der Fragebogen WHOQOL-Bref (Angermeyer et al., 2000, Anhang III). Dies ist insofern als positiv zu beurteilen, als dass im Gegensatz zu vielen anderen Studien, in denen ad hoc entwickelte und nicht validierte Instrumente verwendet werden (vgl. Kap. 4.1), ein Verfahren gewählt wurde, dass über überprüfte psychometrische Gütekriterien (ebd.) verfügt und bei dessen Entwicklung, Überprüfung und Übersetzung in die deutsche Sprache systematisch und sorgfältig vorgegangen wurde (vgl. Kap. 6.2.3.1). In Bezug auf die dem Fragebogen zugrundeliegende Definition von subjektiver Lebensqualität, welche die Rolle persönlicher Erwartungen und kultureller Vergleiche bei der Beurteilung der Zufriedenheit mit bestimmten Lebensbereichen betont (vgl. Kap. 4.4), wird bei der Operationalisierung und Frageformulierung implizit davon ausgegangen, dass in diese Erwartungen und Vergleich bei der Beantwortung der Frage „Wie zufrieden sind Sie mit...?“ implizit in die Bewertung mit einfließen. In diesem Sinne entspricht die Konzeptualisierung der Lebensqualität hier den „Gap-Discrepancy“-Ansätzen, auch wenn dies nicht ausdrücklich erwähnt wird.

In Bezug auf *einzelne Effekte von Einflussvariablen* (vgl. Gesamtmodell in Kap. 7.3.5.1) muss im Hinblick auf die im WHO-Fragebogen enthaltenen Items davon ausgegangen werden, dass diese teilweise wahrscheinlich durch ein methodisches Artefakt grösser geschätzt wurden, als dass sie tatsächlich sind. Dies betrifft z.B. die soziale Unterstützung und den Einfluss von Freundschaften: zwei Fragen im WHOQOL-Bref erheben die Zufriedenheit mit „persönlichen Beziehungen“ sowie die Zufriedenheit mit der Unterstützung durch Freunde (vgl. Anhang III). Allerdings betrifft dies nur zwei Items des gesamten Fragebogens. Kritischer zu betrachten ist hingegen der gefundene starke Effekt der selbsteingeschätzten depressiven Symptome. So finden sich im WHOQOL-Bref nicht weniger als sechs Fragen, die direkt somatische oder psychische Symptome von Depressivität erfassen: es sind dies Fragen nach der Fähigkeit, das Leben zu genießen, nach negativen Gefühlen wie „Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression“, nach der Energie für das tägliche Leben, nach der Konzentrationsfähigkeit, so wie nach der Zufriedenheit mit dem Schlaf und mit sich selber. Die Grösse des Effekts ist dadurch eher als zu hoch zu bewerten. Im Hinblick darauf, dass die depressive Symptomatik verschiedene kognitive und emotionale Prozesse beeinflusst (vgl. Kap. 10.2.4.1) und die „affective fallacy“ einer der konsistentesten Befunde der Lebensqualitätsforschung ist, kann jedoch davon ausgegangen werden, dass sich auch ohne die erwähnten Fragen im WHOQOL-Bref ein Effekt depressiver Symptome gezeigt hätte.

10.4.1.4 Prädiktorvariablen

Ein weiterer methodischer Aspekt betrifft die Frage nach der *Veränderung der subjektiven Lebensqualität im Zusammenhang mit der Veränderung von Prädiktorvariablen* – z.B. der Erwerbstätigkeit, der

wahrgenommenen Unterstützung oder der depressiven Symptomatik. Die mittels der RC-Modelle⁸⁴ eruierten festen Effekte repräsentieren den Einfluss eines Prädiktors über alle Erhebungszeitpunkte. Darüber hinaus können Veränderungen unterschiedlichen Ausmasses mithilfe von Interaktionseffekten von Prädiktoren und der Zeitvariable modelliert werden. Z.B. könnte es sein, dass bei Personen mit der Diagnose einer affektiven Erkrankung die subjektive Lebensqualität über die Zeit weniger stark ansteigt als bei anderen Personen. Dies entspräche in einem RC-Modell einem Interaktionseffekt zwischen der Zeitvariable und der Variable „Diagnose“. Solche Interaktionen wurden für die einzelnen Prädiktoren getestet, erwiesen sich aber mit Ausnahme der Prädiktors „Auseinandersetzung“ (vgl. Kap. 7.3.3.2) als nicht signifikant. Für die präzisere Modellierung von Veränderungen der Lebensqualität in Abhängigkeit von Veränderungen von Prädiktorvariablen erweisen sich sowohl die Grösse der Stichprobe, das Studiendesign mit drei Erhebungszeitpunkten wie auch das gewählte Auswertungsverfahren als wenig geeignet. Hier wären eine grössere Anzahl von Erhebungen und näher beieinander liegende Messzeitpunkte im Rahmen von Zeitreihenanalysen geeigneter (Tabachnik & Fidell, 2001). Einen weiteren Ansatz böten Pfadanalysen oder Strukturgleichungsmodelle (ebd.), diese würden aber in Anbetracht der zu schätzenden Parameter, der vielen fehlenden Werte und der Anzahl einbezogener Prädiktoren einen äusserst hohen Komplexitätsgrad erreichen. Zudem könnte das Ausmass der Veränderung der Lebensqualität nicht berechnet werden. Für so genannte Time-lag-Modelle (vgl. Kap. 6.2.4.4) liegen die Erhebungszeitpunkte ebenfalls zu weit auseinander.

Die *deskriptiven Statistiken* in Kapitel 7.2 zeigen zwischen den Prädiktorvariablen vielfältige Zusammenhänge, von denen nur einige in Text und Tabellen hervorgehoben wurden. Analog zur Regressionsanalyse werden in den RC-Modellen diese Zusammenhänge „unterdrückt“ bzw. statistisch kontrolliert und nur der spezifische Einfluss der einzelnen Prädiktoren wiedergegeben. Zusammenhänge zwischen Prädiktoren könnten in RC-Modellen als Interaktion zwischen verschiedenen Prädiktoren einbezogen werden (vgl. letzter Abschnitt). Da hierdurch aber die Anzahl der zu schätzenden Modellparameter sehr stark ansteigt, wurde auf ein solches Vorgehen verzichtet. Zudem hätten die Ergebnisse der deskriptiven Statistiken das Testen drei- und vierfacher Interaktionen – z.B. Diagnose, Symptome, Medikamente – nahegelegt, die nicht nur schwer interpretierbar sind, sondern auch als problematisch im Hinblick auf die Stabilität der Modelle gewertet werden müssen. Die Verknüpfung der signifikanten Einflussfaktoren erfolgte deshalb unter Einbezug und im Vergleich mit bestehenden Forschungsergebnissen *ausschliesslich auf der interpretativen Ebene* (vgl. Kap. 10.2). In welchem Ausmass darüber hinaus die Resultate der qualitativen Interviews zur Differenzierung bzw. Interpretation der Ergebnisse beitrugen, diskutiere ich im folgenden Abschnitt.

10.4.2 Beitrag der methodischen Triangulation

Die Entscheidung, nebst quantitativer Veränderungen und Einflussfaktoren subjektiver Lebensqualität auch subjektive Bedeutungsstrukturen zu erfassen und somit zusätzlich zur Analyse der Daten aus der Längsschnittstudie einen qualitativen Zugang zum Forschungsthema zu wählen, beruhte insbesondere

⁸⁴ „Random-coefficient“- Modelle (vgl. 6.2.4.2)

auf folgenden Zielsetzungen: erstens sollte dieses Vorgehen gewisse schwer interpretierbare Befunde der Lebensqualitätsforschung, z.B. den fehlenden Zusammenhang zwischen objektiver Lebenssituation und deren subjektiven Einschätzung sowie die fehlende Veränderungssensitivität (vgl. Kap. 4.1), erhellen und unter Bezugnahme auf das Modell von Kim-Prieto et al. (2005) Schlussfolgerungen darüber erlauben, welche Prozesse hierbei involviert sind. Zweitens sollte die Frage beantwortet werden, ob und wie sich die Befunde der quantitativ orientierten sozialpsychiatrischen Lebensqualitätsforschung und der qualitativ orientierten Recovery-Forschung aufeinander beziehen lassen (vgl. Kap. 3.8). Im Folgenden werden die Ergebnisse aus quantitativem und qualitativem Untersuchungsteil bezüglich ihrer Konvergenz, Divergenz und Komplementarität diskutiert, wobei jedoch nicht mehr auf die einzelnen Resultate eingegangen wird (vgl. hierzu Kap. 10.2).

In Bezug auf die Kritik an der *fehlenden Veränderungssensitivität* des Lebensqualitäts-Konstrukts bzw. der Instrumente zu dessen Erfassung bieten sich in der vorliegenden Arbeit Interpretationsansätze, die ein Resultat der methodischen Triangulation sind. Die Ergebnisse zu Veränderungsprozessen der subjektiven Lebensqualität aus quantitativem und qualitativem Untersuchungsteil sind als *komplementär* zu werten. So zeigt sich in den quantitativen Modellen eine Verbesserung der Lebensqualität zwischen dem Klinikaufenthalt und einem Jahr später, die in erster Linie durch den Rückgang der depressiven Symptomatik zu erklären ist (vgl. 10.2.1.). Die gleichbleibende subjektive Lebensqualität bei sich gleichzeitig tendenziell verschlechternder Lebensumstände im zweiten Teil der Studienlaufzeit kann als Anpassungsprozess interpretiert werden, allerdings wurden die Veränderungen von Lebensumständen und Lebensqualität statistisch nicht direkt aufeinander bezogen werden (vgl. 10.4.1).

In den qualitativen Interviews hingegen zeigen sich *subjektive Beschreibungen von Veränderung, die gleichzeitig gegenläufige Entwicklungsrichtungen* beinhalten können. So berichteten die Teilnehmenden von einer als Verlust und Verzichtleistung erlebten Anpassung an die Einschränkungen durch die Erkrankung und ihre Folgen. Auf der anderen Seite wurden – insbesondere auch in den persönlichen Definitionen von Lebensqualität (vgl. Kap. 8.2.7) – biografische Lernprozesse, positive bewertete Entwicklungen und Zukunftsperspektiven in den Vordergrund gestellt. Diese beiden Facetten von Veränderung lassen sich gut mit dem für den quantitativen Untersuchungsteil hypothetisierten Anpassungsprozess in Bezug setzen und bieten eine plausible Erklärung für die kritisierte mangelnde Veränderungssensitivität von üblicherweise verwendeten Lebensqualitätsinstrumenten.

Die *Unterschiedlichkeit nomothetischer Lebensqualitäts- und individuumbezogener Recovery-Forschung* widerspiegelt sich in der Methodentriangulation der vorliegenden Arbeit. Eine Gemeinsamkeit liegt in erster Linie in der Fokussierung der *subjektiven Perspektive*, die in beiden Ansätzen eine zentrale Rolle spielt. Während die Lebensqualitätsforschung den Einfluss verschiedener Lebensbereiche auf die subjektive Zufriedenheit sowie das Ausmass und die Veränderungen dieser Zufriedenheit (s.o.) fokussiert und sich bezüglich Methodik am quantitativen Paradigma orientiert, befasst sich die Recovery-Forschung mit subjektiven Erfahrungen, subjektivem Erleben und subjektiven Deutungen, die sie mittels qualitativer Methoden zu erfassen anstrebt. Entsprechend waren auch die beiden

Untersuchungsteile der vorliegenden Arbeit ausgerichtet. Eine *Übereinstimmung* der Resultate lässt sich dahingehend erkennen, dass in beiden Teilen bestimmte Lebensbereiche als wichtig für die subjektive Lebensqualität identifiziert wurden: soziale Beziehungen, Arbeit, Freizeit, externale Stressoren, die psychische Erkrankung etc.⁸⁵ Während die quantitativen Analysen Rückschlüsse darüber ermöglichen, *wie stark* die einzelnen Bereiche bzw. deren subjektive Wahrnehmung (vgl. 10.2.2) im Vergleich zueinander die subjektive Lebensqualität beeinflussen, gibt der qualitative Teil Aufschluss darüber, *warum* diese Bereiche bedeutsam sind. Diesbezüglich erlauben die qualitativen Resultate bezüglich der Einflussfaktoren eine wichtige *Differenzierung*: so haben verschiedene Aspekte der Lebensbereiche nicht nur individuell unterschiedliche Bedeutungen, sondern es spielen vor allem auch individuelle Wünsche, Erwartungen und Perspektiven eine Rolle für die Bewertung dieses Bereichs. Insgesamt erlaubt das Vorgehen der Methodentriangulation einen differenzierten Blick auf die Phänomene im Zusammenhang mit subjektiver Lebensqualität und deren Bedingungen. Interessant ist hier auch die Bezugnahme auf Andrews' und Whiteys (1976) Unterscheidung zwischen Bereichen und Kriterien der subjektiven Lebensqualität: so scheint die quantitative Methodik vor allem die *Bereiche* zu erfassen, während der qualitative Zugang die stark durch individuelle Wünsche und Werte geprägten *Kriterien* zu repräsentieren vermag.

10.5 Implikationen in Bezug auf die Verwendung von subjektiver Lebensqualität als Evaluationskriterium

10.5.1 Eignung von subjektiver Lebensqualität als Evaluationskriterium

Die Implementierung von subjektiver Lebensqualität als Evaluationskriterium in der psychiatrischen Behandlungs- und Versorgungsforschung stand in einem Zusammenhang mit der Deinstitutionalisierung stand und hatte zwei zentrale Ziele (vgl. Kap. 2.3). Unter der Perspektive eines „ganzheitlichen“ Gesundheitsverständnisses (Baker & Intagliata, 1982) sollte durch die Messung subjektiver Lebensqualität der Erfolg bzw. die Qualität sozialpsychiatrischer Versorgungsstrukturen und Behandlungsformen die Gesamtheit der Rehabilitationsbereiche mittels eines einzelnen Indikators gemessen werden. Darüber hinaus sollte die Perspektive der Patientinnen und Patienten, ihre subjektive Beurteilung der Behandlung, in die Evaluation mit einfließen (Malm et al., 1981). In der Begrifflichkeit von Andrews und Whitey (1976) wurden also *Bereiche* der subjektiven Lebensqualität – z.B. Arbeit, soziale Beziehungen u.Ä. – wie auch *Kriterien* – persönliche Werte, Wünsche, Erwartungen und der Bewertungsstil – gleichzeitig mittels desselben Konstrukts erhoben. Hierbei wurde davon ausgegangen, dass die Zufriedenheitsbeurteilung der verschiedenen Bereiche diese Kriterien enthält, dass also mit der Messung der Zufriedenheit der Unterschied oder eben „gap“ zwischen der realen Ausprägung der Bereiche und diesbezüglichen Wünschen und Erwartungen abgebildet wird. Allerdings blieben solche Annahmen implizit. Diese unzureichende konzeptuelle Differenzierung und daraus folgende fehlende

⁸⁵ Dabei handelt es sich in der vorliegenden Untersuchung nicht um eine vollständige Übereinstimmung, insbesondere da im quantitativen Teil zu gewissen Lebensbereichen keine Variablen erhoben wurden (z.B. Freizeit).

Anhaltspunkte zur Interpretation der Forschungsergebnisse führten dazu, dass entweder Menschen mit psychischen Erkrankungen die Fähigkeit, ihre Lebensqualität zu beurteilen, abgesprochen wurde (Atkinson et al., 1997) oder aber das Konstrukt „subjektive Lebensqualität“ als ungeeignet hinsichtlich des angestrebten Ziels der Evaluation erachtet wurde (Kilian & Pukrop, 2006; Pukrop, 2003).

Die vorliegende Arbeit, in der ich versuchte, durch den Einbezug theoretischer Konzeptualisierungen aus der psychologischen Wohlbefindensforschung und den Zugang über die Methodentriangulation (vgl. 10.4.2) einen vertieften Einblick in die fraglichen Phänomene zu erlangen, verweist darauf, dass die skizzierten Probleme auf zwei Ebenen anzusiedeln sind. Die erste Ebene betrifft die Erhebung von subjektiver Lebensqualität an *Gruppen* von Personen. Dadurch, dass ein Teil der Befragten mit einem Bereich zufrieden ist, ein anderer Teil jedoch nicht, ergibt sich in quantitativen Analysen *im statistischen Durchschnitt* kein Einfluss eines bestimmten Bereichs. Dasselbe gilt in Bezug auf die Veränderung der subjektiven Lebensqualität. So konnten verschiedene Längsschnittuntersuchungen (Ruggeri et al., 2004; Welham et al., 2001) zeigen, dass sich diese im Schnitt über den beobachteten Zeitraum nicht veränderte, auf der individuellen Ebene aber bei einem Teil der Befragten zunahm, sich bei einem anderen Teil verschlechterte oder gleich blieb (vgl. hierzu auch Rogosa, 1995), was natürlich für die Evaluation einer Intervention von Bedeutung wäre. Die Resultate des qualitativen Untersuchungsteils wie auch die Studien aus der Recovery-Forschung (vgl. 3.8.2), zeigen zudem, dass die Lebensbereiche, die erfasst werden, für die einzelnen Personen unterschiedliche Bedeutungen bzw. einzelne Bereiche für einige Personen kaum eine Bedeutung haben – eine Tatsache, die in den Instrumenten zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität und bei Untersuchungen, die Personengruppen⁸⁶ fokussieren, kaum berücksichtigt wird.

Die zweite Ebene betrifft das *Individuum*. Wie ich in den vorhergehenden Kapiteln herausgearbeitet habe, führen hier Anpassungsprozesse zu einer stetigen Veränderung der Bewertungskriterien der eigenen Lebenssituation bzw. Lebensqualität, die geprägt sind von persönlichen Wünschen und Erwartungen. In der Forschung zur subjektiven Lebensqualität zeigen sich diese Anpassungsprozesse einerseits im Phänomen der „relativen Deprivation“ und dem „disability paradox“ (vgl. Kap. 3.1), andererseits lässt sich auch die fehlende Veränderung der Lebensqualität über längere Zeiträume – und somit auch die kritisierte mangelnde Veränderungssensitivität der Instrumente – darauf zurückführen. Die vorliegende Arbeit erhellt zudem – wie auch die Studien zu Recovery (vgl. 3.8.2) – einen weiteren Aspekt: Obwohl direkte Zusammenhänge zwischen objektiven Lebensumständen und subjektiver Lebensqualität in Untersuchungen an Gruppen fehlen, haben die durch die Lebensqualitätsforschung besonders fokussierten Bereiche, welche verschiedene Aspekte der Lebensumstände erfassen, auf der individuellen Ebene sehr wohl einen Einfluss auf die subjektive Lebensqualität, nur ist eben deren Bedeutung „personal and idiosyncratic“ (Corring & Cook, 2007; S. 242). Versuche, solche individuellen Unterschiede mittels spezifischer Messmethoden quantitativ zu erfassen, wurden bisher als nicht sehr erfolgreich bewertet (Trauer & Mackinnon, 2001). So birgt die Gewichtung einzelner Lebensbe-

⁸⁶ Diagnosegruppen, Patientinnen/Patienten gegenüber Allgemeinbevölkerung etc.

reiche entsprechend dem individuellen Stellenwert (Rating der Wichtigkeit) Probleme hinsichtlich der psychometrischen Eigenschaften der Skalen (ebd., Franz, Meyer & Gallhofer, 1999). Werden subjektiv wichtige Lebensbereiche sowie der Wert, anhand dessen die Zufriedenheit beurteilt wird, von Befragten selber bestimmt (Joyce, Hickey, McGee & O'Boyle, 2003; Prince & Gerber, 1998), sind nicht nur individuumsübergreifende Aussagen erschwert, sondern es bleibt nach wie vor offen, ob z.B. bei einem hohen Wert die Bedingungen und Erwartungen in diesem Lebensbereich einander entsprechen oder ob die diesbezüglichen Erwartungen angepasst wurden (vgl. Angermeyer & Kilian, 2006).

Diese Überlegungen lassen den Schluss zu, dass die Erfassung von subjektiver Lebensqualität *für den Zweck der Evaluation wenig geeignet ist*. Dies nicht nur aufgrund der beschriebenen Interpretationsprobleme und der fehlenden Validierung von Messinstrumenten, sondern auch dann, wenn ein Instrument validiert ist und auf einer theoretischen Konzeptualisierung beruht wie der im quantitativen Untersuchungsteil verwendete Fragebogen der WHO. Hingegen ist die Annahme, Menschen mit psychischen Erkrankungen seien nicht in der Lage, ihre subjektive Lebensqualität adäquat einzuschätzen, weil persönliche Erwartungen, Wünsche und „mental states“ diese Einschätzungen verzerren würden (Atkinson et al., 1997), nicht haltbar. Gerade diese Erwartungen und Wünsche stellen ein zentrales Element der für die Bewältigung der Erkrankung und das persönliche Wohlbefinden wichtigen Anpassungsprozesse dar. In Bezug auf die psychiatrische Rehabilitation im Sinne von Recovery (vgl. 10.2.5) können solche Anpassungs- und Bewältigungsprozesse Folgendes umfassen: das Erarbeiten und Anstreben von realistischen Zielen in Bereichen, die den Betroffenen wichtig sind, die Förderung von Autonomie, Selbstwirksamkeit und Kompetenz (Empowerment), die Verarbeitung der Erkrankung und ihrer Folgen, die Förderung von Handlungsfähigkeit und Bewältigungskompetenzen, die ein Leben mit und trotz der Erkrankung ermöglichen.

Eine Evaluation von Versorgungs- und Behandlungsstrukturen müsste somit Aspekte von Recovery erfassen und abbilden. Doch wie lassen sich der individuell unterschiedliche Anteil und die Anpassungsprozesse messen?

10.5.2 Recovery als alternatives Evaluationskriterium?

Während Recovery als „Vision“ (Anthony, 1993; Corrigan, Giffort, Rashid, Leary & Okeke, 1999) für das Verständnis von psychischen Erkrankung und deren Verlauf schon seit Längerem in der Fachliteratur wie auch in der Praxis diskutiert wird, sind empirische Untersuchungen und Ansätze, das Konzept zu operationalisieren, bisher relativ spärlich geblieben (ebd.; Resnick et al., 2004).

Ein Blick auf entsprechende Studien zeigt einerseits, dass der qualitative Zugang zu Recovery die Bedingungen der Bewältigung von psychischen Erkrankungen und den Stellenwert von Zukunftsperspektiven und innerem Wachstum abzubilden vermag (vg. Kap. 3.8.2). Andere Studien wiederum verdeutlichen die Probleme bei der Operationalisierung bzw. Quantifizierung dieses Konzepts. So identifiziert Markowitz (2001) als Komponenten von Recovery psychiatrische Symptome, das Selbstwertgefühl und „soziales Wohlbefinden“ (Arbeit, Beziehungen, Wohnsituation), und moniert, dass die Zusammenhänge zwischen diesen Komponenten bisher zu wenig erforscht seien. Corrigan et al.

(1999) ermittelten ebenfalls den Selbstwert, Empowerment, die subjektive Lebensqualität, das soziale Netzwerk und Symptome als Einflussfaktoren von Recovery. In der Studie von Noordsy et al. (2002) wurden Hoffnung, Selbstverantwortung und „getting on with life“ als zentrale Aspekte von Recovery erhoben, diese – so die Autoren – können sowohl objektiv wie auch subjektiv erfasst werden.

It remains an empirical question whether objective quantification of hope, taking personal responsibility, and "getting on with life" will be meaningfully correlated with consumers' subjective experience of recovery (S. 321).

Resnick et al. (2004) definieren den objektiven Aspekt von Recovery als die Abwesenheit jeglicher Erkrankungssymptome (S. 540), während der subjektive Aspekt ein Gefühl der Hoffnung und die Fähigkeit, selber Entscheidungen zu treffen, enthält. Die Autoren (ebd.) kommen zu folgendem Schluss:

Recovery is a complex concept that has multiple factors and correlates (S. 546).

Die Parallelen zu den Problemen im Zusammenhang mit der Verwendung von subjektiver Lebensqualität als Evaluationskriterium sind offensichtlich. Im Hinblick auf die Resultate der vorliegenden Arbeit und weiterer Studien in diesem Bereich (vgl. 3.8.2) ist Recovery als Perspektive und Werthaltung (vgl. 10.2.5.) zwar zu begrüßen, weil dadurch die individuelle Bedeutung verschiedener Lebensbereiche sowie die Wichtigkeit positiver Entwicklungen und Lernprozesse einen grösseren Stellenwert erhalten. Die Hoffnung, dass damit ein „besseres“ Evaluationskriterium gefunden worden wäre, erfüllt das Konzept jedoch nicht.

Ohnehin ist die Erwartung, dass so komplexe und dynamische Phänomene – wie subjektive Lebensqualität, Wohlbefinden oder Recovery – durch einen einzelnen Wert oder Indikator abzubilden wären, als wenig realistisch zu bewerten. Wie in Kapitel 10.3.4 dargelegt wurde, ist die Erforschung und theoretische Weiterentwicklung dieser Phänomene als zukünftige Aufgabe einer sozialpsychiatrischen Grundlagenforschung zu verstehen. Der anwendungsorientierten sozialpsychiatrischen Forschung bleibt die Aufgabe, Evaluationskriterien und Instrumente zu entwickeln, die *spezifischer* auf einzelne Ziele der Behandlung, Rehabilitation und Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ausgerichtet sind. Solche Instrumente existieren bereits für eine ganze Reihe dieser Ziele: Symptomreduktion und Rückgang der subjektiven Symptombelastung können z.B. mittels der BPRS (Overall & Gorham, 1962) und SCL-90-R (Franke, 1995) erhoben werden, die Bewältigungsorientierung durch den COPE-Fragebogen (Carver, Scheier & Weintraub, 1989), Behandlungsbedürfnisse mittels dem Camberwell Assessment of Needs (Slade, Phelan, Thornicroft & Parkman, 1996), darüber hinaus bestehen zahlreiche Instrumente zur Erfassung von Konstrukten wie Selbstwirksamkeit, soziale Fertigkeiten, Zufriedenheit mit der Arbeitssituation – nur um ein paar Beispiele zu nennen. Diese Instrumente sind meist gut validiert und die erhobenen Werte lassen sich mit Normwerten vergleichen (Kilian & Pukrop, 2006). Im klassischen, an der medizinischen Forschung orientierten Evaluationsdesign des kontrollierten, randomisierten Versuchs erlaubt der Einsatz dieser Instrumente den Vergleich von Gruppen, die eine bestimmte Behandlungsform erhalten oder in einer bestimmten Angebotsstruktur

betreut werden, mit solchen, bei denen dies nicht der Fall ist. Nur wenige dieser Instrumente beziehen allerdings die subjektive Perspektive der Betroffenen im Sinne ihrer persönlichen Ziele und Wünsche mit ein (z.B. TEXAS, „treatment expectations assessment“; Lauber, 2007, persönliche Mitteilung). Hieraus erwächst die (Heraus-)Forderung für die Sozialpsychiatrie, Methoden und Instrumente zu entwickeln, welche die *Betroffenen als Expertinnen und Experten* für ihre Erkrankung einbeziehen (Faulkner & Thomas, 2002)⁸⁷ und die es erlauben, die Interventionen und Versorgungsstrukturen auch im Hinblick auf *individuelle Ziele, Wünsche und Erwartungen* zu beurteilen.

10.6 Zusammenfassung der Untersuchung und kritische Reflexion

10.6.1 Beitrag der Untersuchung zum gegenwärtigen Diskurs

10.6.1.1 Inhaltliche Aspekte

Die vorliegende Arbeit hatte auf der *inhaltlichen Ebene* zum Ziel, Veränderungen und Einflussfaktoren der subjektiven Lebensqualität von Menschen mit psychischen Erkrankungen über einen Zeitraum von mehreren Jahren zu erfassen. Darüber hinaus sollte die individuelle Bedeutung verschiedener Lebensbereiche für die subjektive Lebensqualität aus der Perspektive der Betroffenen erhoben werden. Dieser zweifache Ansatz erlaubte es einerseits, die Resultate mit bisherigen Befunden der nomothetischen Lebensqualitätsforschung zu verknüpfen, andererseits sollte ein Bezug zu neueren Perspektiven und Konzepten wie Recovery oder Empowerment, welche das subjektive Erleben der Betroffenen in den Vordergrund stellen, geschaffen werden.

Der beobachtete starke Anstieg der subjektiven Lebensqualität zwischen der Erstbefragung der Längsschnittstudie, die während einer stationären Behandlung der Studienteilnehmenden in einer psychiatrischen Klinik durchgeführt wurde, und der Zweiterhebung ein Jahr später wurde hauptsächlich auf die Verbesserung des Befindens im Zusammenhang mit der Rückgang der psychopathologischen Symptome zurückgeführt. Zwischen der Zweit- und Drittbefragung veränderte sich die subjektive Lebensqualität nicht, was angesichts der sich eher verschlechternden Lebensumstände der Studienteilnehmenden, insbesondere der zunehmenden Inanspruchnahme institutioneller Unterstützung, als Anpassungsprozess gedeutet werden kann. In den qualitativen Interviews wurde eine Verminderung der subjektiven Lebensqualität einerseits im Zusammenhang mit dem Leiden an den Symptomen und dem Verzicht auf subjektiv wichtige Aktivitäten als Folge der Einschränkungen durch die Erkrankung erwähnt. Allerdings wurden biografische Lernprozesse und positive Entwicklungen als subjektiv wichtige Veränderungen geschildert. Diese ermöglichten in den Augen der befragten Personen die Bewältigung der Erkrankung und ihrer Folgen und erlaubten eine für die subjektive Lebensqualität zentrale positive Zukunftsperspektive.

Entgegen der pauschalen Schlussfolgerungen vieler bisheriger Studien in diesem Feld, dass die objektiven Lebensumstände nur einen schwachen Zusammenhang mit der subjektiven Einschätzung der Lebensqualität aufweisen, kommt die vorliegende Arbeit zum Ergebnis, dass verschiedenste Aspekte

⁸⁷ „consumer led research“ (Faulkner & Thomas, 2002)

der Lebenssituation *auf individueller Ebene* für die subjektive Lebensqualität zentral sind. So erwiesen sich die Erwerbssituation, das Einkommen, die Gestaltung der Freizeit, die sozialen Beziehungen und die wahrgenommene Unterstützung sowie belastende Lebensereignisse als Einflussfaktoren subjektiver Lebensqualität. Die methodische Triangulation erlaubte hier eine wichtige Differenzierung, indem in den qualitativen Interviews deutlich wurde, wie stark sich die subjektive Bedeutung der verschiedenen Lebensbereiche und der psychischen Erkrankung sowie diesbezügliche Wünsche, Ziele und Erwartungen zwischen den Teilnehmenden unterschieden.

In Bezug auf die psychiatrische Rehabilitation lässt sich aus den Befunden folgern, dass zusammen mit den Betroffenen Verbesserungen in den genannten Lebensbereichen angestrebt werden sollen, was ja auch seit Beginn der rehabilitativen Praxis wichtiges Zielsetzungen sind. Darüber hinaus implizieren die beschriebenen individuellen Unterschiede eine vermehrte Ausrichtung psychiatrischer Rehabilitationsbestrebungen am Individuum und seinen Wünschen, Erwartungen und Zielen. Neuere Ansätze der Rehabilitation wie Empowerment und Alltags- und Lebensweltorientierung sind insofern als zukunftsweisend zu beurteilen. Als besonders zentral ist der Einbezug von Lernprozessen und der Erarbeitung von Zukunftsperspektiven zu werten, weil diese eine aktive Bewältigung und die Anpassung an die Erkrankung und ihre Folgen erleichtern.

10.6.1.2 Konzeptuelle Aspekte

Auf der theoretischen Ebene wurde angestrebt, ein in der Medizin – und analog dazu in der Psychiatrie – hauptsächlich als Evaluationskriterium für die Behandlungsqualität verwendetes Konstrukt aus einer sozialwissenschaftlich orientierten Perspektive zu betrachten, wobei in erster Linie auf die Erkenntnisse der psychologischen Wohlbefindensforschung Bezug genommen wurde. Durch diesen Zugang sollten theoriebasierte Erklärungen für bisher schwer interpretierbare Ergebnisse der Lebensqualitätsforschung gefunden werden und die Befunde aus den verschiedenen Forschungsgebieten aufeinander bezogen werden.

Das als Interpretationshilfe gewählte konzeptuelle Modell, das bisherige Erkenntnisse aus der Wohlbefindensforschung strukturiert und zusammenfasst, ermöglichte diesbezüglich verschiedene Rückschlüsse. So zeigt das Modell, dass die Zusammenhänge zwischen Lebensumständen und deren Bewertung als indirekt aufzufassen sind, da individuell variierende Faktoren wie der Selbstwert, kognitive Bewertungsstile, die momentane Stimmung und Persönlichkeitsmerkmale diese Zusammenhänge beeinflussen. Dies erklärt unter anderem den fehlenden empirischen Zusammenhang zwischen objektiven Lebensumständen und subjektiver Lebensqualität.

Darüber hinaus ist als zentraler Punkt des Modells die Konzeptualisierung von Anpassungsprozessen zu sehen. Diese bewirken eine stetige Angleichung innerer Bewertungskriterien an die äusseren Gegebenheiten und die wahrgenommenen eigenen Möglichkeiten, was in erster Linie über die Veränderung persönlicher Erwartungen, Wünsche und Ziele geschieht. Anpassung zeigt sich empirisch dadurch, dass Veränderungen äusserer Umstände nur in geringem Mass und unter bestimmten Voraussetzungen (z.B. subjektiver Stellenwert des veränderten Lebensbereichs) zu einer Veränderung der subjektiven

Lebensqualität führen. Umgekehrt ist – vor allem im Zusammenhang mit der Bewältigung der Erkrankung – eine aktive Veränderung äusserer Umstände im Hinblick auf Erwartungen und Ziele ebenfalls denkbar. Daraus folgt, dass subjektive Lebensqualität nicht ausschliesslich als „Produkt“, „Ergebnis“ oder „Outcome“ verschiedener anderer – insbesondere psychologischer – Phänomene, sondern selbst als dynamischer Prozess zu konzeptualisieren ist.

Hieraus ergeben sich wichtige neue Forschungsfragen. So bleibt u.a. zu klären, wie diese Anpassungsprozesse im Einzelnen gestaltet sind, inwiefern sie durch die Symptome einer psychischen Erkrankung beeinflusst werden, und in welcher Weise die Bewältigung und der Umgang mit der Erkrankung damit verknüpft sind. Hier ergeben sich auch Verbindungen zum Recovery-Konzept, welches für eine gelingende Bewältigung psychischer Erkrankungen und ihrer Folgen ebenfalls Entwicklungsdynamik und Prozesshaftigkeit in den Vordergrund stellt.

10.6.1.3 Methodische Aspekte

Auf methodischer Ebene wurde versucht, mittels eines komplexen und in diesem Forschungsgebiet bisher kaum verwendeten Auswertungsverfahrens zur Analyse von Längsschnittdaten, der Mehrebenenanalyse, den Besonderheiten und typischen Problemen umfangreicher und unbalancierter Datensätze gerecht zu werden. Die Daten von 183 Studienteilnehmenden mit der Hauptdiagnose einer Schizophrenie oder affektiven Erkrankung, die an mindestens zwei von drei möglichen Erhebungszeitpunkten befragt werden konnten, flossen dabei in die Analyse ein. Daneben wurden 16 Personen mittels eines qualitativen Leitfadeninterviews zu ihrer subjektiven Lebensqualität befragt. Der Ansatz der Methodentriangulation, d.h. der Verbindung eines quantitativen und eines qualitativen Zugangs zum Forschungsgegenstand, wurde einerseits gewählt, um die formulierten Fragestellungen mittels je geeigneter Methoden zu beantworten. Zudem wurde davon ausgegangen, dass durch allfällige Konvergenzen, Divergenzen und die Komplementarität beider Untersuchungsteile vertiefte Erkenntnis über den Forschungsgegenstand zu gewinnen wären.

Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass durch den quantitativen Zugang in erster Linie Erkenntnisse über den Einfluss bestimmter Lebens- und Erlebensbereiche auf die subjektive Lebensqualität gewonnen werden können. Der qualitative Zugang hingegen erhellt subjektive Bedeutungszusammenhänge und die individuell unterschiedliche Ausprägung von Wünschen, Erwartungen und Zielen.

Die methodische Triangulation erlaubt eine Differenzierung bisheriger Befunde, insbesondere, dass aufgrund von Anpassungsprozessen und dem individuellen Stellenwert einzelner Lebensbereiche die Verwendung eines „Globalkonstrukts“ die Ziele der Evaluation sozialpsychiatrischer Behandlung und Versorgung – z.B. die Überprüfung der Wirksamkeit von Behandlung und Versorgung bezüglich des Wohlbefindens oder der Verbesserung spezifischer Lebensbereiche – nicht zu erfüllen vermag. Hier ist die Entwicklung von spezifischeren Kriterien nötig, welche die Betroffenen als Expertinnen und Experten für ihre Erkrankung einbeziehen und es erlauben, Interventionen und Versorgungsstrukturen

im Hinblick auf individuelle Ziele, Wünsche und Erwartungen sowie der beschriebenen Anpassungsprozesse zu evaluieren.

10.6.3 Kritisch zu hinterfragende Aspekte

Die Studie, die der vorliegenden Untersuchung zugrunde lag, orientierte sich bezüglich ihrer Fragestellungen und der erhobenen Variablen in der Tendenz an einer Vorstellung von Lebensqualität, die diese als *Ergebnis* des Verhältnisses zwischen Ressourcen und Belastungen konzeptualisiert (vgl. Rüesch et al., 2004). Im Gegensatz dazu steht bei der psychologischen Wohlbefindensforschung, die hier als theoretischer Bezugsrahmen gewählt wurde, die Frage im Vordergrund, wie die Einschätzung der Lebensqualität zustande kommt und welche psychologischen Prozesse hierbei involviert sind. Diese Perspektive erlaubte zwar die Integration neuer konzeptueller Ansätze und die Interpretation inkonsistenter Forschungsergebnisse. Andererseits liessen sich aus den Daten selber kaum direkte Schlussfolgerungen bezüglich dieser Prozesse ableiten, da psychologische Variablen wie Selbstwert, Selbstwirksamkeit oder Persönlichkeitsmerkmale in der Studie nicht erhoben worden waren. Diesbezügliche Argumentationen und Interpretationen beruhen demnach vollumfänglich auf den Erkenntnissen der psychologischen Wohlbefindensforschung. Die Fokussierung auf psychologische Prozesse führt zudem zwangsläufig zu einer Vernachlässigung anderer Aspekte, die im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen ebenfalls wichtig sind. So konnten z.B. wichtige soziologische Aspekte wie die gesellschaftliche Exklusion durch Stigmatisierungsprozesse und die Beeinträchtigung gesellschaftlicher Teilhabe durch sozioökonomische Deprivation nur am Rande berücksichtigt werden. Darüber hinaus können aufgrund der erhobenen Variablen keine Aussagen über den Einfluss biologischer und neurologischer Indikatoren psychischer Erkrankungen, wie z.B. die Beeinträchtigung sozialer Kognitionen oder die Informationsverarbeitung, auf die Einschätzung der subjektiven Lebensqualität getroffen werden. Dies erschwert die Verknüpfung der Untersuchungsergebnisse mit den gegenwärtig intensiv diskutierten neurowissenschaftlichen Ansätzen in der (Sozial-)Psychiatrie. Diesbezüglich wäre z.B. die Frage interessant, inwieweit die beschriebenen Anpassungsprozesse mit neurobiologischen Indikatoren bzw. deren Veränderung im Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung verknüpft sind.

Auf der anderen Seite wird aber gerade die zunehmende Ausrichtung der Psychiatrie an den Neurowissenschaften vehement kritisiert und als unethisch betrachtet, da so die Betroffenen, ihr Wissen und ihre Erfahrungen im Umgang mit der Erkrankung aus der Forschungsagenda ausgeschlossen würden (Faulkner & Thomas, 2002). Hier bietet die vorliegende Arbeit sozusagen eine „Rückbesinnung“ auf die im Zuge der Deinstitutionalisierung wichtig gewordene subjektive Perspektive der Menschen mit psychischen Erkrankungen. Darüber hinaus erlaubt sie die Bezugnahme zu ebenfalls wichtigen aktuellen Konzepten wie Empowerment und Recovery.

10.7 Fazit

Die Forschung zur subjektiven Lebensqualität und Wohlbefinden – einschliesslich der vorliegenden Arbeit – zeigt, dass es sich dabei um ein äusserst komplexes Phänomen handelt, welches den ganzen Menschen, sein Fühlen und Denken, seine Werte und Wünsche, seinen Bezug zu sich selbst und seiner sozialen und gesellschaftlichen Umwelt betrifft. Im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen ist die subjektive Lebensqualität deshalb von grosser Bedeutung, weil diese von den Betroffenen eine Anpassungsleistung erfordern, die oft mit der Aufgabe oder Umgestaltung von Lebenszielen verbunden ist, die für gesunde Menschen eine Selbstverständlichkeit darstellen. Die subjektive Lebensqualität ist in diesem Prozess weniger als Ergebnis, sondern vielmehr als dynamisches Element zu verstehen, das eng mit einer gelingenden Anpassung und Bewältigung verknüpft ist. Oft sind die Einschränkungen durch die Erkrankung und die geforderte Anpassungsleistung aber so gross, dass die Unterstützung durch Fachpersonen unerlässlich ist. Als deren Aufgabe ist es zu sehen, gemeinsam mit den Betroffenen neue Zukunftsperspektiven zu entwickeln. Dies kann aber nur gelingen, wenn dem biopsychosozialen Gesundheitsverständnis eine Entwicklungskomponente hinzugefügt wird, die es erlaubt, das Ziel der Verbesserung von subjektiver Lebensqualität mit biografischen Lern- und Entwicklungsprozessen in Verbindung zu bringen.

Literatur

- Abbey, A. & Andrews, F.M. (1985). Modeling the psychological determinants of life quality. *Social Indicators Research*, 16, 1-34.
- Agerbo, E., Byrne, M., Eaton, W. & Mortensen, P. (2004). Marital and labor market status in the long run in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 61, 28-33.
- Albert, M., Becker, T., McCrone, P. & Thornicroft, G. (1998). Social networks and mental health service utilisation – a literature review. *International Journal of Social Psychiatry*, 44, 248-266.
- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR (4th ed.). Washington D.C.: Author.
- American Psychiatric Association (2002). *A definition of severe mental illness*. Online: <http://www.psych.org/aids/modules/illness>.
- Andrews, F.M. & Whitey, S.B. (1976). *Social indicators of well-being: Americans' perceptions of life quality*. New York: Plenum.
- Angermeyer, M.C. (1998). *Erfahrungen und Umgang mit psychischer Krankheit. Deutsche Fassung der Stigma-Coping-Skalen von Link*. Leipzig: Universitätsklinikum, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie.
- Angermeyer, M.C. & Kilian, R. (2006). Theoretical models of quality of life for mental disorders. In H. Katschnig, H. Freeman & N. Sartorius (Eds.), *Quality of Life in Mental Disorders* (2nd ed.) (pp. 21-31). Chichester: Wiley & Sons.
- Angermeyer, M.C. & Matschinger, H. (2003). The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 304-309.
- Angermeyer, M.C., Holzinger, A. & Matschinger, H. (1999). Lebensqualität, das bedeutet für mich... *Psychiatrische Praxis*, 26, 56-60.
- Angermeyer, M.C., Kilian, R. & Matschinger, H. (2000). *WHOQOL-100 und WHOQOL-Bref. Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO-Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität*. Göttingen: Hogrefe.
- Angst, J. (1988). European long-term follow-up studies of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 14, 501-513.
- Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 11-24.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine*, 36, 725-733.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DgVT-Verlag.
- Aristoteles (2006). *Nikomachische Ethik* (Übersetzung U. Wolf). Reinbek: Rowohlt.
- Atkinson, M., Zibin, S. & Chuang, H. (1997). Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: a critical examination of the self-report methodology. *American Journal of Psychiatry*, 154, 99-105.
- Awad, A.G., Voruganti, L.N.P. & Heslegrave, R.J. (1997). A conceptual model of quality of life in schizophrenia: Description and preliminary clinical validation. *Quality of Life Research*, 6, 21-26.
- Bachrach, L.L. & Lamb, H.R. (1982). Conceptual issues in the evaluation of the deinstitutionalization movement. In G.J. Stahler & W.R. Tash (Eds.), *Innovative approaches to mental health evaluation* (pp. 118-139). New York: Academic Press.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2005). *Multivariate Analysemethoden: Eine anwendungsorientierte Einführung* (11. Aufl.). Berlin: Springer.
- Baer, N., Domingo, A. & Amsler, F. (2003). *Diskriminiert*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Baker, F. & Intagliata, J. (1982). Quality of life in the evaluation of community support systems. *Evaluation and Program Planning*, 5, 69-79.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Barry, M.M. & Crosby, C. (1996). Quality of life as an evaluative measure in assessing the impact of community care on people with long-term psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 168, 210-216.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- Beck, U. (2003). *Risikogesellschaft: auf dem Weg in eine andere Moderne* (17. Aufl.). Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Belsley, D.A., Kuh, E. & Welsch, R.E. (1980). *Regression diagnostics: Identifying influential data and sources of collinearity*. New York: Wiley-Liss.
- Bengtsson-Tops, A. & Hansson, L. (1999a). Subjective quality of life in schizophrenic patients living in the community. Relationships to clinical and social characteristics. *European Psychiatry*, 14, 256-63.
- Bengtsson-Tops, A. & Hansson, L. (1999b). Clinical and social needs of schizophrenic outpatients living in the community: the relationship between needs and subjective quality of life. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 34, 513-518.
- Bengtsson-Tops, A. & Hansson, L. (2001). Quantitative and qualitative aspects of the social network in schizophrenic patients living in the community. Relationship to sociodemographic characteristics and clinical factors and subjective quality of life. *International Journal of Social Psychiatry*, 47, 67-77.
- Bengtsson-Tops, A., Hansson, L., Sandlund, M., Bjarnason, O., Korkeila, J., Merinder, L., Nilsson, L., Sørgaard, K.W., Vinding, H.R. & Middleboe, T. (2005). Subjective versus interviewer assessment of global quality of life among persons with schizophrenia living in the community: A nordic multicentre study. *Quality of Life Research*, 14, 221-229.

- Bigelow, D.A., Brodsky, G. Stewart, L. & Olson, M. (1982). The concept and measurement of quality of life as an independent variable in evaluation of mental health services. In G.J. Stahler & W.R. Tash (Eds.), *Innovative approaches to mental health evaluation* (pp. 345-366). New York: Academic Press.
- Björkman, T. & Hansson, L. (2002). Predictors of improvement in quality of life of long-term mentally ill individuals receiving case management. *European Psychiatry*, 17, 33-40.
- Blankertz, L. (2001). Cognitive components of self-esteem for individuals with severe mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71, 457-465.
- Bloor, L.E., Sandler, R.S., Martin, C., Uchino, B.N. & Kinney, A.Y. (2006). Associations between emotional support and health-related quality of life among a population-base sample of blacks and whites. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25, 96-116.
- Bobes, J. & Gonzales, M.P. (2006). Quality of life in schizophrenia. In H. Katschnig, H. Freeman & N. Sartorius (Eds.), *Quality of life in mental disorders* (2nd ed.)(pp. 153-168). Chichester: Wiley & Sons.
- Bond, G.R., Resnick, S.G., Drake, R.E., Xie, H.Y., McHugo, G.J. & Bebout, R.R. (2001). Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe mental illness? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 489-501.
- Bopp, J. (1980). *Antipsychiatrie: Theorien, Therapien, Politik*. Frankfurt a.M.: Syndikat.
- Born, A. & Becker, T. (2004). Rehabilitation im internationalen Vergleich. In W. Rössler (Hrsg.), *Psychiatrische Rehabilitation* (S. 885-903). Berlin: Springer.
- Bow-Thomas, C.C., Velligan, D.I., Miller, A.L. & Olsen, J. (1999). Predicting quality of life from symptomatology in schizophrenia at exacerbation and stabilization. *Psychiatry Research*, 86, 131-142.
- Brickman, P. & Campbell, D.T. (1971). Hedonic relativism and planning the good society. In M.H. Appley (Ed.), *Adaption Level Theory: A Symposium* (pp. 287-302). New York: Academic Press.
- Brickman, P., Coates, D. & Janoff-Bulman, R. (1978). Lottery winners and accident victims: Is happiness relative? *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 917-927.
- Bromet, E. J., Dew, M.A. & Eaton, W.W. (2002). Epidemiology of psychosis with special reference to schizophrenia. In M.T. Tsuang & M. Tohen (Eds.), *Textbook in psychiatric epidemiology*, (2nd ed.)(pp. 365-387). New York: Wiley-Liss.
- Brown, G.W. & Birley, J.L.T. (1968). Crises and life changes preceding the onset or relapse of schizophrenia: clinical aspects. *British Journal of Psychiatry*, 116, 327-333.
- Brown, H. & Prescott, R. (1999). *Applied mixed models in medicine*. Chichester: Wiley & Sons.
- Browne, S., Clarke, M., Gervin, M., Waddington, J.L., Larkin, C. & O'Callaghan, E. (2000). Determinants of quality of life at first presentation with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 176, 173-176.
- Browne, S., Garavan, J., Gervin, M., Roe, M., Larkin, C. & O'Callaghan, E. (1998). Quality of life in schizophrenia: Insight and subjective response to neuroleptics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 74-78.
- Bryk, A.S. & Raudenbush, S.W. (1992). Applications in the study of individual change. In A.S. Bryk & S.W. Raudenbush (Eds.), *Hierarchical linear models* (pp. 130-154). London: Sage.
- Buchanan, G.M. & Seligman, M.E.P. (1995). *Explanatory style*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Buchanan, J. (1995). Social support and schizophrenia: A review of the literature. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9, 68-76.
- Calsyn, R.J. & Winter, J.P. (2002). Social support, psychiatric symptoms, and housing: a causal analysis. *Journal of Community Psychology*, 30, 247-259.
- Camp, D.L., Finlay, W.M.L. & Lyons, E. (2002). Is low self-esteem an inevitable consequence of stigma? An example from women with chronic mental health problems. *Social Science & Medicine*, 55, 823-834.
- Campbell, A., Converse, P.E. & Rodgers, W.L. (1976). *The quality of American life: Perceptions, evaluations and satisfactions*. New York: Sage.
- Caron, J., Tempier, R., Mercier, C. & Leouffre, P. (1998). Components of social support and quality of life in severely mentally ill, low income individuals and a general population group. *Community Mental Health Journal*, 34, 459-475.
- Carpiniello, B., Lai, G.L., Pariante, C.M., Carta, M.G. & Rudas, N. (1997). Symptoms, standards of living and subjective quality of life: a comparative study of schizophrenic and depressed out-patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86, 235-241.
- Carr, A.J. & Higginson, I.J. (2001). Measuring quality of life: Are quality of life measures patient centered? *British Medical Journal*, 322, 1357-1360.
- Carver, C.S., Scheier, M.F. & Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Chan, P.S., Krupa, T., Lawson, J.S. & Eastabrook, S. (2005). An outcome in need of clarity: Building a predictive model of subjective quality of life for persons with severe mental illness living in the community. *The American Journal of Occupational Therapy*, 59, 181-190.
- Cheng, S.-T. (1988). Subjective quality of life in the planning and evaluation of programs. *Evaluation and Program Planning*, 11, 123-134.
- Chinman, M.J., Weingarten, R., Stayner, D. & Davidson, L. (2001). Chronicity reconsidered: Improving person-environment fit through a consumer-run service. *Community Mental Health Journal*, 37, 215-229.
- Christianson, S.A. (1992). Remembering emotional events: Potential mechanisms. In S.A. Christianson (Ed.), *The Handbook of Emotion and Memory: Research and Theory* (pp. 307-340). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Cohen, C.I. & Talavera, N. (2000). Functional impairment in older schizophrenia persons: towards a conceptual model. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 8, 237-244.
- Cohen, S. & Wills, T. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Cook, J.A. & Razzano, L. (2000). Vocational rehabilitation for persons with schizophrenia: recent research and implications for practice. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 87-103.
- Cooper, A.E., Corrigan, P.W. & Watson, A.C. (2003). Mental illness stigma and care seeking. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 339-341.
- Corrigan, P.W. & Buican, B. (1995). The construct validity of subjective quality of life for the severely mentally ill. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 281-285.
- Corrigan, P.W. & Phelan, S.M. (2004). Social support and recovery in people with serious mental illnesses. *Community Mental Health Journal*, 40, 513-523.
- Corrigan, P.W., Gifford, D., Rashid, F., Leary, M. & Okeke, I. (1999). Recovery as a psychological construct. *Community Mental Health Journal*, 35, 231-239.
- Corring, D.J. & Cook, J.V. (2007). Use of qualitative methods to explore the quality-of-life-construct from a consumer perspective. *Psychiatric Services*, 58, 240-244.
- Corten, P., Mercier, C. & Pelc, I. (1994). "Subjective quality of life": clinical model for assessment of rehabilitation treatment in psychiatry. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 29, 178-183.
- Costa, P.T. & McCrae, R.R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 668-678.
- Crane-Ross, D., Roth, D. & Lauber, B.G. (2000). Consumers' and case managers' perceptions of mental health and community support. *Community Mental Health Journal*, 36, 161-178.
- Crisp, A.H., Gelder, M., Rix, S., Meltzer, H.I & Rowlands, O.J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry*, 177, 4-7.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The psychology of optimal experience*. New York: Harper Perennial.
- Csikszentmihalyi, M. & Larsen, R. (1978). Intrinsic rewards in school crime. *Crime and Delinquency*, 214, 322-335.
- Cummins, R.A. (2000). Objective and subjective quality of life: An interactive model. *Social Indicators Research*, 52, 55-72.
- Cummins, R.A. & Nistico, H. (2002). Maintaining life satisfaction: The role of positive cognitive bias. *Journal of Happiness Studies*, 3, 37-69.
- Cummins, R.A., Gullone, E. & Lau, A.L.D. (2002). A model of subjective well-being homeostasis: The role of personality. In E. Gullone & R.A. Cummins (Eds.), *The universality of subjective well-being indicators: A multi-disciplinary and multi-national perspective* (pp. 7-46). New York: Springer.
- Davidson, L. & Strauss, J.S. (1992). Sense of self in recovery from mental illness. *British Journal of Medical Psychology*, 65, 131-145.
- Davidson, L., Stayner, D.A., Nickou, C., Styron, T.H., Rowe, M. & Chinman, M.L. (2001). "Simply to be let in": Inclusion as a basis for recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24, 375-388.
- Davison, G.C. & Neale, J.M. (1996). *Abnormal Psychology* (6th ed.). New York: Wiley-Liss.
- Denzin, N.K. (1970). *The research act*. Chicago: Aldine.
- Depla, M.F.I.A., de Graaf, R., van Weeghel, J. & Heeren, T.J. (2005). The role of stigma in the quality of life of older adults with severe mental illness. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 146-153.
- Dickerson, F.B., Ringel, N.B. & Parente, F. (1998). Subjective quality of life in out-patients with schizophrenia: clinical and utilization correlates. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 124-127.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E. & Fujita, F. (1995). Resources, personal strivings, and subjective well-being: A nomothetic and ideographic approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 926-935.
- Diener, E. & Suh, E. (1997). Measuring quality of life: Economic, social, and subjective indicators. *Social Indicators Research*, 40, 159-176.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R.E. & Smith, H.L. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Dinos, S., Stevens, S., Serfaty, M., Weich, S. & King, M. (2004). Stigma: The feelings and experiences of 46 people with mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 184, 176-181.
- DiPrete, T.A. & Forristal, J.D. (1994). Multilevel models: Methods and substance. *Annual Review of Sociology*, 20, 331-57.
- Eklund, M. & Bäckström, M. (2005). A model of subjective quality of life for outpatients with schizophrenia and other psychoses. *Quality of Life Research*, 14, 1157-1168.
- Eklund, M. & Hansson, L. (1998). Subjectively versus independently assessed quality of life for the long-term mentally ill. *Nordic Journal of Psychiatry*, 52, 285-294.
- Eklund, M., Bäckström, M. & Hansson, L. (2003). Personality and self-variables: important determinants of subjective quality of life in schizophrenia out-patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 134-143.

- Eklund, M., Hansson, L. & Ahlqvist, C. (2004). The importance of work as compared to other forms of daily occupations for wellbeing and functioning persons with long-term mental illness. *Community Mental Health Journal*, 40, 465-477.
- Elkinton, J. (1966). Medicine and the quality of life. *Annals of Internal Medicine*, 64, 711-714.
- Erickson, D.H., Beiser, M., Iacono, W.G., Fleming, J.A.E. & Lin, T. (1989). The role of social relationships in the course of first-episode schizophrenia and affective psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1456-1461.
- Evans, S. & Huxley, P. (2002). Studies of quality of life in the general population. *International Review of Psychiatry*, 14, 203-211.
- Evans, S. & Huxley, P. (2005). Adaptation, response-shift and quality of life ratings in mentally well and unwell groups. *Quality of Life Research*, 14, 1719-1732.
- Fabian, E. (1990). Quality of life: A review of theory and practice implications for individuals with long-term mental illness. *Rehabilitation Psychology*, 35, 161-168.
- Fakhoury, W.K.F. & Priebe, S. (2002). Subjective quality of life: its association with other constructs. *International Review of Psychiatry*, 14, 219-224.
- Fakhoury, W.K.F., Kaiser, W., Röder-Wanner, U.U. & Priebe, S. (2002). Subjective evaluation: Is there more than one criterion? *Schizophrenia Bulletin*, 28, 319-327.
- Faulkner, A. & Thomas, P. (2002). User-led research and evidence-based medicine. *British Journal of Psychiatry*, 180, 1-3.
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7, 117-140.
- Finlay, W.M., Dinos, S. & Lyons, E. (2001). Stigma and multiple social comparisons in people with schizophrenia. *European Journal of Social Psychology*, 31, 579-592.
- Fitzgerald, P.B., Williams, C.L., Corteling, N., Fila, S.L., Brewer, A.A., de Castella, R.A., Rolfe, T., Davey, P. & Kulkarni, J. (2001). Subject and observer-rated quality of life in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 387-392.
- Flick, U. (2004). *Methodentriangulation. Eine Einführung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Forster, R. (2000). Die vielen Gesichter der Deinstitutionalisierung – soziologisch gedeutet. *Psychiatrische Praxis*, 27 (Sonderheft), S39-S43.
- Franke, G.H. (1995). *Die Symptom-Checkliste von Derogatis: Deutsche Version, Manual*. Göttingen: Beltz Test.
- Franke, G.H. (2000). *Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R). Deutsche Version. Manual*. Göttingen: Beltz Test.
- Franz, M. (2006a). Möglichkeiten und Grenzen subjektiver Lebensqualität schizophrener Patienten als Outcomekriterium psychiatrischer Therapie. *Psychiatrische Praxis*, 33, 317-322.
- Franz, M. (2006b). Hat die Lebensqualitätsforschung ihren Zweck erfüllt? *Psychiatrische Praxis*, 33, 309-311.
- Franz, M., Ehlers, F. & Meyer, T. (1998). *Hessische Enthospitalisierungsstudie: Bericht für den Landeswohlfahrtsverband über den Untersuchungszeitraum 1994-1997*. Kassel: LWV.
- Franz, M., Meyer, T. & Gallhofer, B. (1999). Are importance ratings useful in the assessment of subjective quality of life in schizophrenic patients? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 8, 204-211.
- Franz, M., Meyer, T., Reber, T. & Gallhofer, B. (2000). The importance of social comparisons for high levels of subjective quality of life in chronic schizophrenic patients. *Quality of Life Research*, 9, 481-489.
- Franz, M., Meyer, T., Spitznagel, A., Schmidt, H., Wening, K. & Gallhofer, B. (2001). Responsiveness of subjective quality of life assessment in schizophrenic patients: a quasi-experimental pilot-study. *European Psychiatry*, 16, 99-103.
- Freidl, M., Lang, T. & Scherer, M. (2003). How psychiatric patients perceive the public's stereotype of mental illness. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 38, 269-275.
- Fujii, D.E., Wylie, A.M. & Nathan, J.H. (2004). Neurocognition and long-term prediction of quality of life in outpatients with severe and persistent mental illness. *Schizophrenia Research*, 69, 67-73.
- Gaebel, W., Baumann, A., Witte, A.M. & Zaeske, H. (2002). Public attitudes towards people with mental illness in six German cities. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252, 278-287.
- George, L.K., Blazer, D.G., Hughes, D.C. & Fowler, N. (1989). Social support and the outcome of major depression. *British Journal of Psychiatry*, 154, 478-485.
- Gladis, M.M., Gosch, E.A., Dishuk, N.M. & Crits-Christoph, P. (1999). Quality of life. Expanding the scope of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 320-331.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Graf, J., Lauber, C., Nordt, C., Rüesch, P., Meyer, P.C. & Rössler, W. (2004). Perceived stigmatization of mentally ill people and its consequences for the quality of life in a Swiss population. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 542-547.
- Green, M.F., Kern, R.S. & Braff, D.L. (2000). Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the right stuff? *Schizophrenia Bulletin*, 26, 119-136.
- Hamel, G., Warnke, I. & Rössler, W. (2005). *Psyrec (Psychatriepatientenstatistik). Tabellenband 2005*. Universität Zürich: Forschungsberichte der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich. Online: www.pmh.uzh.ch
- Hansson, L. (2006). Determinants of quality of life in people with severe mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 46-50.

- Hansson, L. & Björkman, T. (2007). Are factors associated with subjective quality of life in people with severe mental illness consistent over time? A 6-year follow-up. *Quality of Life Research*, 16, 9-16.
- Hansson, L., Eklund, M. & Bengtsson-Tops, A. (2001). The relationship of personality dimensions as measured by the TCI and quality of life in individuals with schizophrenia or schizoaffective disorder living in the community. *Quality of Life Research*, 10, 133-139.
- Hansson, L., Middelboe, T., Sorgaard, K.W., Bengtsson-Tops, A., Bjarnason, O., Merinder, L. et al. (2002). Living situation, subjective quality of life and social network among individuals with schizophrenia living in community settings. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 343-350.
- Hasson-Ohayon, I., Walsh, S., Roe, D., Kravetz, S. & Weiser, M. (2006). Personal and interpersonal perceived control and the quality of life of persons with severe mental illness. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 194, 538-542.
- Haug, H.-J. & Rössler, W. (1999). Deinstitutionalization of psychiatric patients in central Europe. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 249, 115-122.
- Headey, B. & Wearing, A. (1989). Personality, life events, and subjective well-being: Toward a dynamic equilibrium model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 731-739.
- Headey, B., Holmström, E. & Wearing, A. (1984). The impact of life events and changes in domain satisfactions on well-being. *Social Indicators Research*, 15, 203-227.
- Headey, B., Veenhoven, R. & Wearing, A. (1991). Top-down versus bottom-up theories of subjective well-being. *Social Indicators Research*, 24, 81-100.
- Heinze, M., Taylor, R.E., Priebe, S. & Thornicroft, G. (1997). The quality of life of patients with paranoid schizophrenia in London and Berlin. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 32, 292-297.
- Helgeson, V.S. (2003). Social support and quality of life. *Quality of Life Research*, 12 (Suppl. 1), 25-31.
- Herman, N.J. & Smith, C.M. (1989). Mental hospital depopulation in Canada: patient perspectives. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 386-390.
- Herrman, H., Hawthorne, G. & Thomas, R. (2002). Quality of life assessment in people living with psychosis. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 37, 510-518.
- Heslegreave, R.J., Awad, A.G. & Voruganti, L.N. (1997). The influence of neurocognitive deficits and symptoms on quality of life in schizophrenia. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 22, 235-243.
- Hoffmann, H. (2004). Berufliche Rehabilitation. In W. Rössler (Hrsg.), *Psychiatrische Rehabilitation* (S. 333-346). Berlin: Springer.
- Hoffmann, K., Isermann, M., Kaiser, W. & Priebe S. (2000). Lebensqualität im Verlauf der Enthospitalisierung. Teil IV der Berliner Enthospitalisierungsstudie. *Psychiatrische Praxis*, 27, 183-188.
- Holloway, F. & Carson, J. (2002). Quality of life in severe mental illness. *International Review of Psychiatry*, 14, 175-184.
- Horwath, E., Cohen, R.S. & Weissman, M.M. (2002). Epidemiology of depressive and anxiety disorders. In M.T. Tsuang & M. Tohen (Eds.), *Textbook in psychiatric epidemiology* (2nd ed.) (pp. 389-426). New York: Wiley-Liss.
- Humberstone, V. (2002). The experiences of people with schizophrenia living in supported accommodation: a qualitative study using grounded theory methodology. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 367-372.
- Hunt, S.M. (1997). The problem of quality of life. *Quality of Life Research*, 6, 205-212.
- Hunt, S.M. & McKenna, S.P. (1993). Measuring quality of life in psychiatry. In S.R. Walker & R.M. Rossner (Eds.), *Quality of life assessment: Key issues in the 1990s* (pp. 343-354). Boston: Kluwer Academics.
- Huppert, J.D. & Smith, T.E. (2001). Longitudinal analysis of subjective quality of life in schizophrenia: Anxiety as the best symptom predictor. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 669-675.
- Iyer, S.N., Rothmann, T.L., Vogler, J.E. & Spaulding, W.D. (2005). Evaluating outcomes of rehabilitation for severe mental illness. *Rehabilitation Psychology*, 50, 43-55.
- Jones, B., Bebbington, P., Foerster, A., Lewis, S.W., Murray, R.M., Russell, A., Sham, P.C., Toone, B.K. & Wilkins, S. (1993). Premorbid social underachievement in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 162, 65-71.
- Joyce, C.R.B., Hickey, A., McGee, H.M. & O'Boyle, C.A. (2003). A theory-based method for the evaluation of individual quality of life: The SEIQoL. *Quality of Life Research*, 12, 175-280.
- Kaiser, W. & Priebe, W. (1998). Zur Messung von Veränderungen der subjektiven Lebensqualität bei chronisch schizophrenen Patienten. *Der Nervenarzt*, 69, 219-227.
- Kaiser, W., Priebe, S., Barr, W., Hoffmann, K., Isermann, M., Röder-Wanner, U.-U. & Huxley, P. (1997). Profiles of subjective quality of life in schizophrenic in- and outpatient samples. *Psychiatry Research*, 66, 153-166.
- Katschnig, H. (2006). How useful is the concept of quality of life in psychiatry? In H. Katschnig, H. Freeman & N. Sartorius (Eds.), *Quality of Life in Mental Disorders* (2nd ed.) (pp. 3-17). Chichester: Wiley & Sons.
- Kelle, U. & Erzberger, C. (2000). Quantitative und qualitative Methoden – kein Gegensatz. In U. Flick, E. v. Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung – Ein Handbuch* (S. 299-309). Reinbek: Rowohlt.
- Kemmler, G., Holzner, B., Neudorfer, C., Meise, U. & Hinterhuber, H. (1997). General life satisfaction and domain-specific quality of life in chronic schizophrenic patients. *Quality of Life Research*, 6, 265-273.
- Kennedy-Jones, M., Cooper, J. & Fossey, E. (2005). Developing a worker role: Stories of four people with mental illness. *Australian Occupational Therapy Journal*, 52, 116-126.

- Kenny, D.A., Bolger, N. & Kashy, D.A. (2002). Traditional methods for estimating multilevel models. In S.L. Hershberger & D.S. Moskowitz (Eds.), *Modeling intraindividual variability with repeated measures data: Methods and applications* (pp. 1-24). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Kentros, M.K., Terkelsen, K., Hull, J., Smith, T.E. & Goodman, M. (1997). The relationship between personality and quality of life in persons with schizoaffective disorder and schizophrenia. *Quality of Life Research*, 6, 118-122.
- Kessler, R.C., Foster, C.L., Saunders, W.B. & Stang P.E. (1995). Social consequences of psychiatric disorders, I: Educational attainment. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1026-1032.
- Kilian, R. & Pukrop, R. (2006). Pro und Kontra: Ist subjektive Lebensqualität ein sinnvoller Outcome-Indikator? *Psychiatrische Praxis*, 33, 312-316.
- Kilian, R., Dietrich, S., Toumi, M. & Angermeyer, M.C. (2004). Quality of life in persons with schizophrenia in out-patient treatment with first- or second-generation antipsychotics. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 108-118.
- Kim-Prieto, C., Diener, E., Tamir, M., Scollon, C. & Diener, M. (2005). Integrating the diverse definitions of happiness: A time-sequential framework of subjective well-being. *Journal of Happiness Studies*, 6, 261-300.
- Koivumaa-Honkanen, H.-T., Viinamäki, H., Honkanen, R., Tanskanen, A., Antikainen, R., Niskanen, L. et al. (1996). Correlates of life satisfaction among psychiatric patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94, 372-378.
- Kreft, I. & de Leeuw, J. (1998). *Introducing Multilevel Modeling*. London: Sage Publications.
- Kühner, C. (2002). Subjective quality of life: validity issues with depressed patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 62-70.
- Laing, R.D. (1960). *The divided self: An existential study in sanity and madness*. Harmondsworth: Penguin.
- Lamb, H.R. (1981). What did we really expect from deinstitutionalization. *Hospital & Community Psychiatry*, 32, 105-109.
- Lamb, H.R. & Bachrach, L. (2001). Some perspectives on deinstitutionalization. *Psychiatric Services*, 52, 1039-1045.
- Lamnek, S. (2005a). *Qualitative Sozialforschung* (4. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Lamnek, S. (2005b). *Gruppendiskussion. Theorie und Praxis* (2. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Lauber, C. & Rössler, W. (2004). Empowerment. In W. Rössler (Hrsg.), *Psychiatrische Rehabilitation* (S. 147-156). Berlin: Springer.
- Lauber, C., Nordt, C., Falcato, L. & Rössler, W. (2004). Factors influencing social distance toward people with mental illness. *Community Mental Health Journal*, 40, 265-274.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lehman, A.F. (1983a). The well-being of chronic mental patients. Assessing their quality of life. *Archives of General Psychiatry*, 40, 369-373.
- Lehman, A.F. (1983b). The effects of psychiatric symptoms on quality of life assessments among the chronic mentally ill. *Evaluation and Program Planning*, 6, 143-151.
- Lehman A.F. (1988). A quality of life interview for the chronically mentally ill. *Evaluation and Program Planning*, 11, 51-62.
- Lehman, A.F., Postrado, L.T. & Rachuba, L.T. (1993). Convergent validation of quality of life assessments for persons with severe mental illness. *Quality of Life Research*, 2, 327-333.
- Lehman, A.F., Ward, N. & Linn, L. (1982). Chronic mental patients: The quality of life issue. *American Journal of Psychiatry*, 10, 1271-1276.
- Lewin, K., Dembo, T., Festinger, L. & Sears, P.S. (1944). Level of aspiration. In J.M. Hunt (Ed.), *Personality and the behavior disorders* (pp. 333-378). New York: Ronald Press Company.
- Leyens, J.-P. & Codol, J.-P. (1992). Soziale Informationsverarbeitung. In W. Stroebe, M. Hewstone, J.-P. Codol & G.M. Stephenson (Hrsg.), *Sozialpsychologie. Eine Einführung* (2. Auflage) (S. 89-111). Berlin u.a.: Springer.
- Lin, N. & Peek, K. (1999). Social networks and mental health. In A. Horwitz & T. Scheid (Eds.), *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems* (pp. 241-258). New York: Cambridge University Press.
- Link, B.G. (1987). Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An empirical assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review*, 52, 96-112.
- Link, B.G. & Phelan, J.C. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behavior*, (Extra-Ausgabe), 80-93.
- Link, B.G. & Phelan, J.C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.
- Link, B.G., Mirotnik, J.D. & Cullen, F.T. (1991). The effectiveness of stigma coping orientations: Can negative consequences of mental illness labeling be avoided? *Journal of Health and Social Behavior*, 32, 302-320.
- Link, B.G., Cullen, F.T., Frank, J. & Wozniak, J.F. (1987). The social rejection of former mental patients: Understanding why labels matter. *American Journal of Sociology*, 92, 1461-1500.
- Link, B.G., Cullen, F.T., Struening, E.L., Shrout, P.E. & Dohrenwend, B.P. (1989). A modified labeling theory approach to mental disorders: An empirical assessment. *American Sociological Review*, 54, 400-423.
- Link, B.G., Struening, E.L., Neese-Todd, S., Asmussen, S. & Phelan, J.C. (2001). The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illness. *Psychiatric Services*, 52, 1621-1626.
- Link, B.G., Struening, E.L., Rahav, M., Phelan, J.C. & Nuttbrock, L. (1997). On stigma and its consequences: Evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 177-190.

- Lucas, R.E., Clark, A.E., Georgellis, Y. & Diener, E. (2003). Re-examining adaptation and the setpoint model of happiness: Reactions to changes in marital status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 537-539.
- Lucas, R.E., Clark, A.E., Georgellis, Y. & Diener, E. (2004). Unemployment alters the set point for life satisfaction. *Psychological Science*, 15, 8-13.
- Lysaker, P.H., Buck, K.D., Hammoud, K., Taylor, A.C. & Roe, D. (2006). Associations of symptoms, psychosocial functioning and hope with qualities of self-experience in schizophrenia: Comparisons of objective and subjective indicators of help. *Schizophrenia Research*, 82, 241-249.
- Malla, A.K., Norman, R.M.G., McLean, T.S., MacDonald, C., McIntosh, E., Dean-Lashley, F. et al. (2004). Determinants of quality of life in first-episode psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 46-54.
- Malm, U., May, P. & Dencker, S. (1981). Evaluation of the quality of life of the schizophrenic out-patient: A check-list. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 34-42.
- Marder, S.R. (2005). Subjective experiences on antipsychotic medications: synthesis and conclusions. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111 (Suppl. 427), 43-46.
- Markowitz, F.E. (1998). The effects of stigma on the psychological well-being and life satisfaction of persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 39, 335-347.
- Markowitz, F.E. (2001). Modeling processes in recovery from mental illness: Relationships between symptoms, life satisfaction and self-concept. *Journal of Health and Social Behavior*, 42, 64-79.
- Markus, H.R. & Kitayama, S. (1994). The cultural construction of self and emotion: Implications for social behavior. In S. Kitayama & H.R. Markus (Eds.), *Emotion and culture: Empirical studies of emotional influences* (pp. 89-131). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Maslow, A. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50, 370-396.
- Maslow, A. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper.
- Matschinger, H., Angermeyer, M.C. & Link, B.G. (1991). Variation der Antwortstrukturen in Abhängigkeit vom Grad der persönlichen Betroffenheit – Eine Methodenstudie am Beispiel der „Discrimination-Devaluation-Scale“. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 41, 278-283.
- Mayring, P. (1995). *Qualitative Inhaltsanalyse* (5. Aufl.). Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die Qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- Mays, N. & Pope, C. (2000). Qualitative research in health care: Assessing quality in qualitative research. *British Medical Journal*, 320, 50-52.
- Meadow, H.L., Mentzer, J.T., Rahtz, D.R. & Sirgy, M.J. (1992). A life satisfaction measure based on Judgment Theory. *Social Indicators Research*, 26, 23-59.
- Mechanic, D., McAlpine, D., Rosenfield, S. & Davis, D. (1994). Effects of illness attribution and depression on the quality of life among persons with serious mental illness. *Social Science & Medicine*, 39, 155-164.
- Meehan, T., Vermeer, C. & Windsor, C. (2000). Patients' perceptions of seclusion: a qualitative investigation. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 370-377.
- Mercier, C. & King, S. (1994). A latent variable causal model of the quality of life and community tenure of psychotic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 72-77.
- Meyer, P.C. (2000). *Rollenkonfigurationen, Rollenfunktionen und Gesundheit. Zusammenhänge zwischen sozialen Rollen, sozialem Stress, Unterstützung und Gesundheit*. Opladen: Leske + Budrich.
- Meyer, P.C., Christen, S., Graf, J., Rüesch, P. & Hell, D. (2002). Determinanten der Lebensqualität psychisch kranker Personen. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, 4, 63-79.
- Meyer, T. (2004). *Vorstellungen schizophrener Menschen über Lebensqualität*. Hamburg: Kovac.
- Meyer, T. & Franz, M. (2005). Vorstellungen von schizophren Erkrankten über Lebensqualität. *Gesundheitswesen*, 67, 120-123.
- Michalos, A.C. (1985). Multiple Discrepancies Theory (MDT). *Social Indicators Research*, 16, 347-413.
- Möller, H.J., Schmidt-Bode, W., Cording-Tömmel, C., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & von Zerssen, D. (1988). Psychopathological and social outcome in schizophrenia versus affective/schizoaffective psychoses and prediction of poor outcome in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77, 379-389.
- Monroe, S.M., Imhoff, D.F., Wise, B.D. & Harris, J.E. (1983). Prediction of psychological symptoms under high-risk psychosocial circumstances: life events, social support, and symptom specificity. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 338-350.
- Morus, T. (2004). *Utopia*. (Aus dem Lateinischen übersetzt und mit einem Nachwort von J. Laager). Zürich: Manesse.
- Moum, T. (1988). Yea-Saying and mood-of-the-day effects in self-reported quality life. *Social Indicators Research*, 20, 117-139.
- Mueser, K.T., Becker, D.R., Torrey, W.C., Xie, H., Bond, G.R., Drake, R.E. & Dain, B.J. (1997). Work and nonvocational domains of functioning in persons with severe mental illness: a longitudinal analysis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 419-426.
- Müller, B., Nordt, C., Lauber, C. & Rössler, W. (2007). Changes in social network diversity and perceived social support after psychiatric hospitalization: results from a longitudinal study. *International Journal of Social Psychiatry*, 53, 564-575.
- Müller, B., Nordt, C., Lauber, C., Rüesch, P., Meyer, P.C. & Rössler, W. (2006). Social support modifies perceived stigmatization in the first years of mental illness: A longitudinal approach. *Social Science & Medicine*, 62, 39-49.

- Müller, P., Gaebel, W., Bandelow, B., Köpcke, W., Linden, M., Müller-Spahn, F., Pietzcker, A. & Tegeler, J. (1998). Zur sozialen Situation schizophrener Patienten. *Der Nervenarzt*, 69, 204-209.
- Murphy, H. & Murphy, E.K. (2006). Comparing quality of life using the World Health Organization Quality of Life measure (WHOQOL-100) in a clinical and non-clinical sample: Exploring the role of self-esteem, self-efficacy and social functioning. *Journal of Mental Health*, 15, 289-300.
- Myin-Germeys, I., Krabbendam, L., Delespaul, P.A.E.G. & van Os, J. (2003). Do life events have their effect on psychosis by influencing the emotional reactivity to daily life stress? *Psychological Medicine*, 33, 327-333.
- Nelson, G., Ochocka, J., Janzen, R. & Trainor, J. (2006). A longitudinal study of mental health consumer/survivor initiatives: Part 2 – A quantitative study of impacts of participation on new members. *Journal of Community Psychology*, 34, 261-272.
- Neuenschwander, M. (2002). *Psyrec (Psychiatriepatientenstatistik). Tabellenband 2002*. Universität Zürich: Forschungsberichte der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich. Online: www.pmh.uzh.ch
- Noordsy, D., Torrey, W., Mueser, K., Mead, S., O'Keefe, C. & Fox, L. (2002). Recovery from severe mental illness: an intrapersonal and functional outcome definition. *International Review of Psychiatry*, 14, 318-326.
- Nordt, C., Müller, B., Lauber, C. & Rössler, W. (2003). Erhöhte Stigmatisierung durch vergangenen Klinikaufenthalt? Resultate einer Befragung der schweizerischen Bevölkerung. *Psychiatrische Praxis*, 30, 384-388.
- Nordt, C., Müller, B., Rössler, W. & Lauber, C. (2007). Predictors and course of vocational status, income, and quality of life in people with severe mental illness: A naturalistic study. *Social Science & Medicine*, 65, 1420-1429.
- Norman, R.M.G. & Malla, A.K. (1993a). Stressful life events and schizophrenia I: A review of the research. *British Journal of Psychiatry*, 162, 161-166.
- Norman, R.M.G. & Malla, A.K. (1993b). Stressful life events and schizophrenia II: Conceptual and methodological issues. *British Journal of Psychiatry*, 162, 166-174.
- Norman, R.M.G., Malla, A.K., McLean, T., Voruganti, L.P.N., Cortese, L., McIntosh, E., Cheng, S. & Rickwood, A. (2000). The relationship of symptoms and level of functioning in schizophrenia to general well-being and the Quality of Life Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 303-309.
- Nussbaum, M.C. & Sen, A. (Eds.) (1993). *The Quality of Life*. Oxford: Clarendon Press.
- Obert, K. (2004). Alltags- und lebensweltorientiertes sozialpsychiatrisches Handeln. In W. Rössler (Hrsg.), *Psychiatrische Rehabilitation* (S. 293-319). Berlin: Springer.
- Ohaeri, J.U., Olusina, A.K. & Al-Abassi, A.-H.M. (2004). Factor analytical study of the short version of the World Health Organization quality of life instrument. *Psychopathology*, 37, 242-248.
- Okin, R.L., Dolnick, J.A. & Pearsall, D.T. (1983). Patients' perspectives on community alternatives to hospitalization: a follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 140, 1460-1464.
- Orley, J., Saxena, S. & Herrman, H. (1998). Quality of life and mental illness. Reflections from the perspective of the WHOQOL. *British Journal of Psychiatry*, 172, 291-293.
- Overall, J.E. & Gorham, D.R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 10, 799-812.
- Paykel, E.S. (2003). Life events: effects and genesis. *Psychological Medicine*, 33, 1145-1148.
- Pearlin, L.I. & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Pearlin, L.I., Lieberman, M.A., Menaghan, E.G. & Mullan, J.T. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 337-356.
- Perlick, D.A., Rosenheck, R.A., Clarkin, J.F., Sirey, J.A., Salah, J., Struening, E.L. & Link, B.G. (2001). Adverse effects of perceived stigma on social adaptation of persons diagnosed with bipolar affective disorder. *Psychiatric Services*, 52, 1627-1632.
- Pinkney, A., Gerber, G. & Lafave, H. (1991). Quality of life after psychiatric rehabilitation: The clients' perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 86-91.
- Postrado, L.T. & Lehman, A.F. (1995). Quality of life and clinical predictors of rehospitalization of persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 46, 1161-1165.
- Priebe, S., Röder-Wanner, U.U. & Kaiser, W. (2000). Quality of life in first-admitted schizophrenia patients: a follow-up study. *Psychological Medicine*, 30, 225-230.
- Priebe, S., Warner, R., Hubschmid, T. & Eckle, I. (1998a). Employment, attitudes toward work, and quality of life among people with schizophrenia in three countries. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 469-477.
- Priebe, S., Kaiser, W., Huxley, P.J., Röder-Wanner, U.-U. & Rudolf, H. (1998b). Do different subjective evaluation criteria reflect distinct constructs? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 385-392.
- Prince, P.N. & Gerber, G.J. (1998). Measuring individual quality of life among people with serious mental illness. *Quality of Life Research*, 7, 653 (Abstract).
- Prince, P.N. & Prince, C.R. (2001). Subjective quality of life in the evaluation of programs for people with serious and persistent mental illness. *Clinical Psychology Review*, 21, 1005-1036.
- Pukrop, R. (2003). Subjektive Lebensqualität. Kritische Betrachtung eines modernen Konstrukts. *Der Nervenarzt*, 74, 48-54.
- Reid, D. (1984). Participatory control and the chronic-illness adjustment process. In H. Lefcourt (Ed.), *Research with the locus of control construct: Extensions and limitations* (Vol. 3, pp. 361-389). New York: Academic Press.

- Resnick, S.G., Rosenheck, R.A. & Lehman, A.F. (2004). An exploratory analysis of correlates of recovery. *Psychiatric Services*, 55, 540-547.
- Richter, T. & Naumann, J. (2002). Mehrebenenanalysen mit hierarchisch-linearen Modellen. *Zeitschrift für Medienpsychologie*, 14, 155-159.
- Ridgway, P. (2001). Restoring psychiatric disability: Learning from first person recovery narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24, 335-343.
- Rinderle, P. (2000). *John Stuart Mill*. München: Beck.
- Ritsner, M. (2001). Predicting changes in domain-specific quality of life of schizophrenia patients. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 191, 287-294.
- Ritsner, M., Gibel, A. & Ratner, Y. (2006). Determinants of changes in perceived quality of life in the course of schizophrenia. *Quality of Life Research*, 15, 515-526.
- Ritsner, M., Kurs, R., Gibel, A., Hirschmann, S., Shinkarenko, E. & Ratner, Y. (2003). Predictors of quality of life in major psychoses: a naturalistic follow-up study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 308-315.
- Ritsner, M., Ponizovsky, A., Endicott, J., Nechamkin, Y., Rauchverger, B., Silver, H. & Modai, I. (2002). The impact of side-effects of antipsychotic agents on life satisfaction of schizophrenia patients: a naturalistic study. *European Neuropsychopharmacology*, 12, 31-38.
- Roe, D. & Chopra, M. (2003). Beyond coping with mental illness: Towards personal growth. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73, 334-344.
- Röder-Wanner, U.-U., Oliver, J.P.J. & Priebe, S. (1997). Does quality of life differ in schizophrenic women and men? An empirical study. *International Journal of Social Psychiatry*, 43, 129-143.
- Rogosa, D. (1995). Myths about longitudinal research. In J.M. Gottman (Ed.), *The analysis of change* (pp. 6-66). Mahwah: Erlbaum Associates.
- Rosenfield, S. (1992). Factors contributing to the subjective quality of life of the chronic mentally ill. *Journal of Health and Social Behavior*, 33, 299-315.
- Rosenfield, S. (1997). Labeling mental illness: The effects of received services and perceived stigma on life satisfaction. *American Sociological Review*, 62, 660-672.
- Ross, M. & Wilson, A.E. (2000). Constructing and appraising past selves. In D.L. Schacter & E. Scarry (Eds.) *Memory, brain, and belief* (pp. 231-258). Cambridge MA: Harvard University Press.
- Rössler, W. (2001). Die neue Subjektivität. *Psychiatrische Praxis*, 28, 53-54.
- Rössler, W. (Hrsg.) (2004). *Psychiatrische Rehabilitation*. Berlin: Springer.
- Rössler, W. & Lauber, C. (2004). Psychiatrische Rehabilitation – Vom Behinderungsmodell zum Empowerment. In W. Rössler (Hrsg.), *Psychiatrische Rehabilitation* (S. 1-4). Berlin: Springer.
- Rössler, W., Salize, H.J., Cucchiari, G., Reinhardt, I. & Kernig, C. (1999). Does the place of treatment influence the quality of life of schizophrenics? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 142-148.
- Rothbaum, F., Weisz, J.R. & Snyder, S.S. (1982). Changing the world and changing the self: A two-process model of perceived control. *Journal of Personal and Social Psychology*, 42, 5-37.
- Rüesch, P. & Meyer, P.C. (2001). *Soziale Integration und Lebensqualität von psychisch kranken Menschen (SIPSY). Wissenschaftlicher Zwischenbericht zuhanden des Schweizerischen Nationalfonds*. Psychiatrische Universitätsklinik Zürich: unveröffentlicht.
- Rüesch, P., Graf, J., Meyer, P.C., Rössler, W. & Hell, D. (2004). Occupation, social support and quality of life in persons with schizophrenic or affective disorders. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 39, 686-694.
- Ruggeri, M., Bisoffi, G., Fontecedro, L. & Warner, R. (2001). Subjective and objective dimensions of quality of life in psychiatric patients: a factor analytical approach. The South Verona outcome project 4. *British Journal of Psychiatry*, 178, 268-275.
- Ruggeri, M., Warner, R., Bisoffi, G. & Fontecedro, L. (2001). Subjective and objective dimensions of quality of life in psychiatric patients: a factor analytical approach. *British Journal of Psychiatry*, 178, 268-275.
- Ruggeri, M., Gater, R., Bisoffi, G., Barbui, C. & Tansella, M. (2002). Determinants of subjective quality of life in patients attending community-based mental health services. The South-Verona Outcome Project 5. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 131-140.
- Ruggeri, M., Lasalvia, A., Tansella, M., Bonetto, C., Abate, M., Thornicroft et al. (2004). Heterogeneity of outcomes in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 184, 48-57.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.
- Sainfort, F., Becker, M. & Diamond, R. (1996). Judgements of quality of life of individuals with severe mental disorders: Patient self-report versus provider perspectives. *American Journal of Psychiatry*, 153, 497-502.
- Salize, J.J., Kustner, B.M., Torres-Gonzalez, F., Reinhard, I., Estevez, J.F. & Rössler, W. (1999). Needs for care and effectiveness of mental health care provision for schizophrenic patients in two European regions: a comparison between Granada (Spain) and Mannheim (Germany). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 328-334.
- Salokangas, R.K. (1997). Living situation, social network and outcome in schizophrenia: a five-year prospective follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 459-468.
- Sartorius, N. (1992). Rehabilitation and quality of life. *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 1180-1181.
- Schaar, I. & Öjehagen, A. (2003). Predictors of improvement in quality of life of severely mentally ill substance abusers during 18 months of co-operation between psychiatric and social services. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 38, 83-87.

- Schaefer, C., Coyne, J.C. & Lazarus, R.S. (1981) The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 381-406.
- Scheff, T. (1966). *Being mentally ill: A sociological theory*. Chicago: Aldine.
- Schelten, A. (1997). *Testbeurteilung und Testerstellung*. Stuttgart: Steiner.
- Schimmack, U., Oishi, S., Diener, E. & Suh, E. (2000). Facets of affective experiences: A framework for investigations of trait affect. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 655-668.
- Schlippe, A. von & Schweitzer, J. (1996). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung* (5. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmid, R., Neuner, T., Cording, C. & Spiessl, H. (2006). Lebensqualität schizophrener Erkrankter und ihr Zusammenhang mit Krankheitsbewältigungsstrategien und Behandlungsaspekten. *Psychiatrische Praxis*, 33, 337-343.
- Schulze, B. & Angermeyer, M. C. (2003). Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine*, 56, 299-312.
- Schulze, B., Richter-Werling, M., Matschinger, H. & Angermeyer, M.C. (2003). Crazy? So what! Effects of a school project on students' attitudes towards people with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 142-50.
- Schwarz, N. & Clore, G.L. (1983). Mood, misattribution, and judgements of well-being: Informative and directive functions of affective states. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 513-523.
- Schwarz, N. & Strack, F. (1999). Reports of subjective well-being: Judgemental processes and their methodological implications. In D. Kahnemann, E. Diener & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: the foundations of Hedonic Psychology* (pp. 61-84). New York: Russell Sage Foundation.
- Schwarz, N., Strack, F., Kommer, D. & Wagner, D. (1987). Soccer, rooms, and the quality of your life: Mood effects on judgments of satisfaction with life in general and with specific domains. *European Journal of Social Psychology*, 17, 69-79.
- Schwarz, N., Wänke, M. & Bless, H. (1994). Subjective assessments and evaluations of change: Some lessons from social cognition research. *European Review of Social Psychology*, 5, 181-210.
- Seligman, M.E.P. (1974). Depression and learned helplessness. In R.J. Friedman & M.M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research* (pp. 83-125). Washington D.C.: Winston-Wiley.
- Siegrist, J. & Dittmann, K.H. (1983). *Inventar zur Erfassung lebensverändernder Ereignisse (ILE)*. ZUMA-Handbuch sozialwissenschaftlicher Skalen. Bonn: Informationszentrum Sozialwissenschaften.
- Sim, K., Mahendran, R. & Chong, S.A. (2005). Health-related quality of life and psychiatric comorbidity in first episode psychosis. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 278-283.
- Singer, J.D. & Willett, J.B. (2003). *Applied longitudinal data analysis*. Oxford: University Press.
- Singer, J.D. (2002). Fitting individual growth models using SAS PROC MIXED. In S.L. Hershberger & D.S. Moskowitz (Eds.), *Modeling intraindividual variability with repeated measures data: Methods and applications* (pp. 135-170). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Sirey, J.A., Bruce, M.L., Alexopoulos, G.M., Perlick, D.M., Friedman, S.J. & Meyers, B.S. (2001). Stigma as a barrier to recovery: Perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. *Psychiatric Services*, 52, 1615-1620.
- Skantze, K. (1998). Subjective quality of life and standard of living: a 10-year follow-up of out-patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 390-399.
- Skantze, K., Malm, U., Dencker, S. J., May, P.R.A. & Corrigan, P. (1992). Comparison of quality of life with standard of living in schizophrenic out-patients. *British Journal of Psychiatry*, 161, 797-801.
- Skevington, S.M. & Wright, A. (2001). Changes in the quality of life of patients receiving antidepressant medication in primary care: validation of the WHOQOL-100. *British Journal of Psychiatry*, 178, 261-267.
- Slade, M., Phelan, M., Thornicroft, G. & Parkman, S. (1996). The Camberwell Assessment of Need (CAN): comparison of assessments by staff and patients of the needs of the severely mentally ill. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 31, 109-113.
- Slade, M., Leese, M., Cahill, S., Thornicroft, G. & Kuipers, E. (2005). Patient rated mental health needs and quality of life improvement. *British Journal of Psychiatry*, 187, 256-261.
- Smith, J. (1996). Qualitative methodology: Analysing participants' perspectives. *Current Opinion in Psychiatry*, 9, 417-421.
- Stones, M.J. & Kozma, A. (1991). A magical model of happiness. *Social Indicators Research*, 25, 31-50.
- Stuart, H. & Arboleda-Florez, J. (2001). Community attitudes toward people with schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46, 245-252.
- Sullivan, G., Wells, K. & Leak, B. (1991). Quality of life of seriously mentally ill persons in Mississippi. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 752-755.
- Suls, J. (1986). Comparison processes in relative deprivation: A life span analysis. In J.M. Olson, C.P. Herman & M.P. Zanna (Eds.), *Relative deprivation and social comparison: The Ontario symposium* (pp. 95-116). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Suter, C. & Meyer P.C. (1991). *Methodenstudie zur Zweitebefragung über soziale Unterstützung und Gesundheit. Reliabilität, Validität, Stabilität und Veränderungen der zentralen Skalen. Forschungsbericht der Abteilung für Psychosoziale Medizin (1)*. Zürich: Psychiatrische Poliklinik Universitätsspital.
- Tabachnik, B.G. & Fidell, L.S. (2001). *Using Multivariate Statistics* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

- Taillefer, M.-C., Dupuis, G., Roberge, M.-A. & Le May, S. (2003). Health-related quality of life models: Systematic review of the literature. *Social Indicators Research*, 64, 293-323.
- Tashakkori, A. & Teddlie, C. (2003). Major Issues and Controversies in the use of mixed methods in social and behavioral research. In A. Tashakkori & C. Teddlie (Eds.), *Handbook of mixed methods in social and behavioral research* (pp. 3-50). Thousand Oaks: Sage.
- Tausig, M. (1999). Work and mental health. In C.S. Aneshensel & J.C. Phelan (Eds.), *Handbook of the sociology of mental health* (pp. 255-274). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Taylor, S.E. & Armor, D.A. (1996). Positive illusions and coping with adversity. *Journal of Personality*, 64, 873-898.
- Taylor, S.E. & Brown, J.D. (1988). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103, 193-210.
- Tempier, R., Caron, J., Mercier, C. & Leouffre, P. (1998). Quality of life of severely mentally ill individuals: a comparative study. *Community Mental Health Journal*, 34, 477-486.
- Tempier, R., Mercier, C., Leouffre, P. & Caron, J. (1997). Quality of life and social integration of severely mentally ill patients: a longitudinal study. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 22, 249-255.
- Thoits, P.A. (1983). Multiple identities and psychological well-being: A reformulation and test of the Social Isolation Hypothesis. *American Sociological Review*, 48, 174-187.
- Thoits, P.A. (1995). Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior*, Extra Issue, 53-79.
- Torrey, W.C. & Wyzik, P. (2000). The recovery vision as a service improvement guide for community mental health center providers. *Community Mental Health Journal*, 36, 209-216.
- Trauer, T. & Mackinnon, A. (2001). Why are we weighting? The role of importance ratings in quality of life measurement. *Quality of Life Research*, 10, 579-585.
- Trompenaars, F.J., Masthoff, E.D., Van Heck, G.L., Hodiamont, P.P. & De Vries, J. (2005). Content validity, construct validity, and reliability of the WHOQOL-Bref in a population of Dutch adult psychiatric outpatients. *Quality of Life Research*, 14, 151-160.
- Turnbull, J.E., George, L.K., Landemann, R., Swartz, M.S. & Blazer, D.G. (1990). Social outcomes related to age of onset among psychiatric disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 832-839.
- Turner, R.J. & Turner, J.B. (1999). Social integration and support. In C.S. Aneshensel & J.C. Phelan (Eds.), *Handbook of the Sociology of Mental Health* (pp. 301-320). New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Tversky, A. & Kahneman, D. (1974). Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. *Science*, 185, 1124-1131.
- Twisk, J.W.R. (2003). *Applied longitudinal data analysis for epidemiology: a practical guide*. Cambridge: University Press.
- UK 700 Group (1999). Predictors of quality of life in people with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 175, 426-432.
- Van Dongen, C.J. (1996). Quality of life and self-esteem in working and non-working persons with mental illness. *Community Mental Health Journal*, 32, 535-548.
- Vaughn, C.E. & Leff, J.P. (1976). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. *British Journal of Psychiatry*, 129, 125-137.
- Veenhoven, R. (1995). World database of happiness. *Social Indicators Research*, 34, 299-313.
- Ventegodt, S., Merrick, J. & Andersen, N.J. (2003). Quality of Life Theory I. The IQOL Theory: An integrative theory of the global quality of life concept. *The Scientific World Journal*, 3, 1030-1040.
- Wahl, O.F. (1999). Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 467-478.
- Walker, M.T. (2006). The social construction of mental illness and its implications for the recovery model. *The International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 10, 71-87.
- Wallace, D. & Green, S.B. (2002). Analysis of repeated measures design with linear mixed models. In S.L. Hershberger & D.S. Moskowitz (Eds.), *Modeling intraindividual variability with repeated measures data: Methods and applications* (pp. 1-24). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Warner, R. (1999). The emics and etics of quality of life assessment. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 34, 117-121.
- Weich, S. & Lewis, G. (1998). Poverty, unemployment, and common mental disorders: population based cohort study. *British Medical Journal*, 317, 115-119.
- Welham, J., Haire, M., Mercer, D. & Stedman, T. (2001). A gap approach to exploring quality of life in mental health. *Quality of Life Research*, 10, 421-429.
- WHO (1948). *Constitution of the World Health Organization*. Genf: WHO.
- WHO (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F): Klinisch-diagnostische Leitlinien* (Hrsg.: H. Dilling, W. Mombour & M.H. Schmidt, 2. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- WHOQOL-Group (1994). The development of the WHO quality of life assessment instruments (the WHOQOL). In J. Orley & W. Kuyken (Eds.), *Quality of life assessment: international perspectives* (pp. 41-60). Berlin: Springer.
- WHOQOL-Group (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*, 46, 1569-1585.
- WHOQOL-Group (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.

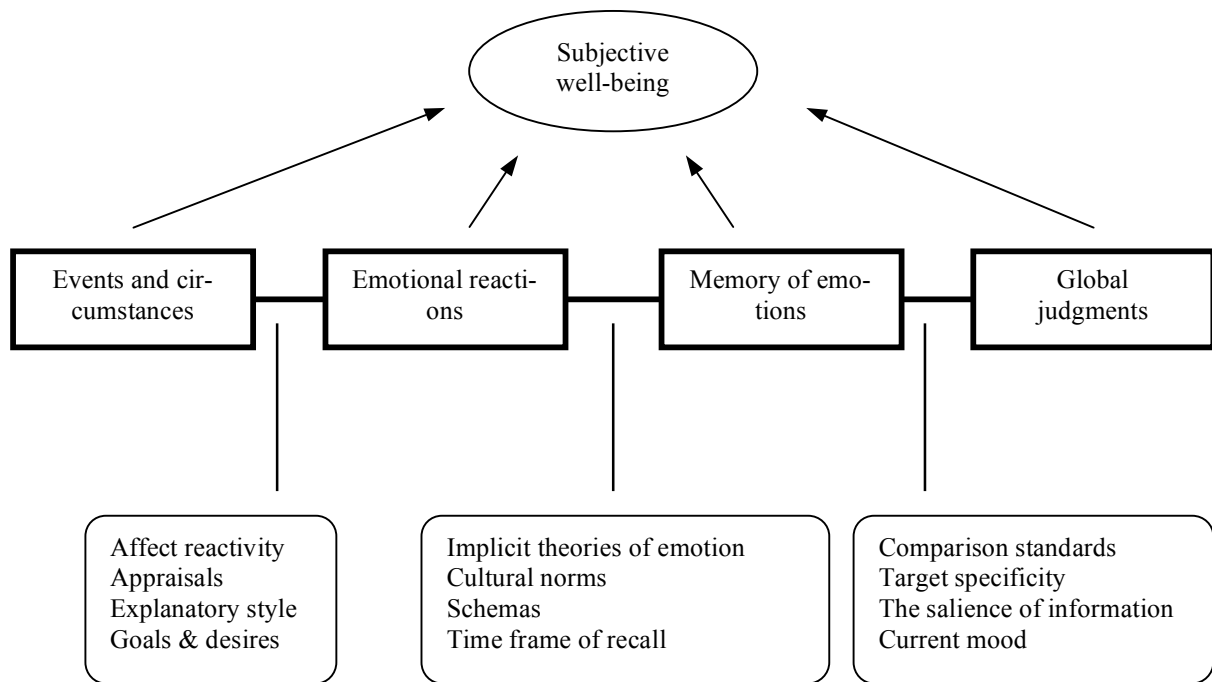
- Wiersma, D. (2006). Needs of people with severe mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113 (Suppl. 429), 115-119.
- Wiersma, D. & Busschbach, J. van (2001). Are needs and satisfaction of care associated with quality of life? An epidemiological survey among the severely mentally ill in the Netherlands. *European Archives of Clinical Neuroscience*, 251, 239-246.
- Wills, T.A. (1981). Downward comparison principles in social psychology. *Psychological Bulletin*, 90, 245-271.
- Wilson, W.H. (1993). Response to Fred Becker's „The politics of closing state mental hospitals“. *Community Mental Health Journal*, 29, 115-117.
- Wilton, R. (2004). Putting policy into practice? Poverty and people with serious mental illness. *Social Science and Medicine*, 58, 25-39.
- Wright, E.R., Gronfein, W.P. & Owens, T.J. (2000). Deinstitutionalization, social rejection and the self-esteem of former mental patients. *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 68-69.
- Yanos, P.T., Rosenfield, S. & Horwitz, A.V. (2001). Negative and supportive social interactions and quality of life among persons diagnosed with severe mental illness. *Community Mental Health Journal*, 37, 405-419.
- Yardley, J.K. & Rice, R.W. (1991). The relationship between mood and subjective well-being. *Social Indicators Research*, 24, 101-111.
- Zissi, A. & Barry, M.M. (2006). Well-being and life satisfaction as components of quality of life in mental disorders. In H. Katschnig, H. Freeman & N. Sartorius (Eds.), *Quality of Life in Mental Disorders* (2nd ed.)(pp. 33-44). Chichester: Wiley & Sons.
- Zissi, A., Barry, M.M. & Cochrane, R. (1998). A mediational model of quality of life for individuals with severe mental health problems. *Psychological Medicine*, 28, 1221-1230.
- Zubin, J. & Spring, B. (1977). Vulnerability – a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.

Anhang

Anhang I	168
Anhang II	169
Anhang III.....	170
Anhang IV	173
Anhang V	175
Anhang VI	176
Anhang VII.....	177
Anhang VIII.....	186
Anhang IX	187

Anhang I

Modell des subjektiven Wohlbefindens von Kim-Prieto et al. (2005)



Einverständniserklärung der Längsschnittstudie SIPSY

STUDIE ZUR SOZIALEN INTEGRATION UND LEBENSQUALITÄT VON PSYCHISCH KRANKEN MENSCHEN (SIPSY)

Einverständniserklärung der Patientin bzw. des Patienten

Ich, _____ bestätige hiermit, dass ich von Herrn/Frau _____ über Inhalt, Ziele und den Ablauf des Forschungsprojektes SIPSY informiert worden bin. Ich habe die Angaben zur Datenschutzregelung zur Kenntnis genommen.

Ich erkläre mich freiwillig damit einverstanden, dass während meines Klinikaufenthaltes eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter der Studie mit mir ein Interview von 1 1/2 bis 2 Stunden Dauer durchführt.

Ich behalte mir das Recht vor, meine Einwilligung jederzeit schriftlich oder mündlich zurückzuziehen, ohne dass mir daraus irgendwelche Nachteile erwachsen.

Für allfällige Fragen und Auskünfte stehen mir der Leiter des Projektes SIPSY, Herr PD Dr. Peter C. Meyer (Tel. xx/xxx xx xx) oder der Mitarbeiter Dr. Peter Rüesch (Tel. xx/xxx xx xx) zur Verfügung.

Name Patient/in

Unterschrift Patient/in

Ort und Datum

Ich bestätige, dass ich die Patientin bzw. den Patienten informiert habe über Inhalt und Ziele des Projektes SIPSY sowie über den Ablauf des Interviews.

Name Projektmitarbeiter/in

Unterschrift Mitarbeiter/in

Ort und Datum

Anhang III/1

Fragebogen WHOQOL-Bref, deutsche Version nach Angermeyer et al. (2000)⁸⁸: Auszug aus dem SIPSY-Interview

LEBENSQUALITÄT

In den folgenden Fragen geht es um Ihre Lebensqualität im Allgemeinen. Die Fragen betreffen verschiedene Bereiche Ihres Lebens. Es interessiert uns, ob Sie sich in verschiedenen Lebensbereichen unbehindert fühlen oder ob es einzelne Bereiche gibt, mit denen Sie zur Zeit nicht zufrieden sind. Wenn Sie sich bei der Beantwortung einer Frage nicht sicher sind, wählen Sie bitte die Antwortkategorie, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft. Oft ist dies die Kategorie, die Ihnen als erstes in den Sinn kommt.

*Bitte beantworten Sie alle Fragen auf der Grundlage Ihrer eigenen Beurteilungskriterien, Hoffnungen, Freuden und Interessen. Bitte denken Sie bei der Beantwortung der Fragen an Ihr Leben **während der letzten zwei Wochen**.*

In den folgenden Fragen geht es darum, wie stark Sie während der vergangenen zwei Wochen bestimmte Dinge erlebt haben, zum Beispiel positive Gefühle wie Glück oder Zufriedenheit. Die Fragen beziehen sich auf die letzten zwei Wochen.							
Record (Kartennummer)						1-4 dupl.	
Nummer... 0 6						5-6	
LISTE 4 VORLEGEN ⁸⁹							
		Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittelmässig	Ziemlich	Äusserst	
1.	Wie stark werden Sie durch Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun?	1	2	3	4	5	7
2.	Wie gut können Sie Ihr Leben genießen?	1	2	3	4	5	8
3.	Wie gut können Sie sich konzentrieren?	1	2	3	4	5	9
4.	Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen, um das tägliche Leben zu meistern?	1	2	3	4	5	10
5.	Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben?	1	2	3	4	5	11
6.	Wie gesund sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet?	1	2	3	4	5	12

⁸⁸ Die Reihenfolge der Items wurde gegenüber dem Original leicht abgeändert. Zudem wurde die erste Frage „Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?“ weggelassen, da sie aufgrund der Interviews in der Pilotphase als zu abstrakt und schwer zu beantworten eingeschätzt wurde. Die zweite Frage „Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?“ wurde von den stationären PatientInnen als zynisch empfunden und wurde deshalb ebenfalls weggelassen.

⁸⁹ Die Listen enthalten die Antwortmöglichkeiten der jeweiligen Likertskalen.

Anhang III/2

In den folgenden Fragen geht es darum, **wie vollständig** Sie während der vergangenen zwei Wochen in der Lage waren, bestimmte Dinge zu tun, zum Beispiel alltägliche Dinge wie sich waschen, sich anziehen oder essen. Die Fragen beziehen sich auf die letzten zwei Wochen.

LISTE 5 VORLEGEN		Überhaupt nicht	Eher nicht	Halbwegs	Überwiegend	Völlig	
7.	Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?	1	2	3	4	5	13
8.	Können Sie Ihr Aussehen akzeptieren?	1	2	3	4	5	14
9.	Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können?	1	2	3	4	5	15
10.	Haben Sie Zugang zu den Informationen, die Sie für das tägliche Leben brauchen?	1	2	3	4	5	16
11.	Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten?	1	2	3	4	5	17

In den folgenden Fragen geht es darum, **wie zufrieden, glücklich oder gut** Sie sich während der vergangenen zwei Wochen hinsichtlich verschiedener Aspekte Ihres Lebens gefühlt haben. Die Fragen beziehen sich auf die letzten zwei Wochen.

LISTE 6 VORLEGEN		Sehr unzufrieden	Unzufrieden	weder zufr. noch unzufr.	Zufrieden	Sehr zufrieden	
12.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf?	1	2	3	4	5	18
13.	Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?	1	2	3	4	5	19
14.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können?	1	2	3	4	5	20
15.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen?	1	2	3	4	5	21
16.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben?	1	2	3	4	5	22
17.	Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Ihre Freunde?	1	2	3	4	5	23
18.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Wohnbedingungen?	1	2	3	4	5	24
19.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten, Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen zu können?	1	2	3	4	5	25
20.	Wie zufrieden sind Sie mit den Verkehrsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen?	1	2	3	4	5	26
21.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitsfähigkeit?	1	2	3	4	5	27

Anhang III/3

In der folgenden Frage geht es darum, wie oft Sie negative Gefühle wie Angst oder Traurigkeit erlebt haben. Die Frage bezieht sich auf die letzten zwei Wochen.							
		Niemals	Nicht oft	Zeitweilig	Oftmals	Immer	
22.	Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression?	1	2	3	4	5	28

In der folgenden Frage geht es darum, wie gut Sie während der letzten zwei Wochen in der Lage waren, sich fortzubewegen. Gemeint ist damit Ihre Fähigkeit, sich körperlich so zu bewegen, dass Sie die Dinge tun können, die Sie müssen oder möchten.							
		Sehr schlecht	Schlecht	Mittelmässig	Gut	Sehr gut	
23.	Wie gut können Sie sich fortbewegen?	1	2	3	4	5	29

In der folgenden Frage geht es um Ihre persönliche Überzeugung und darum, wie diese Ihre Lebensqualität beeinflusst. Diese Frage bezieht sich auf religiöse, spirituelle und jegliche andere Überzeugung, die Sie haben. Auch diese Frage bezieht sich auf die letzten zwei Wochen.							
		Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittelmässig	Ziemlich	Äusserst	
24.	Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?	1	2	3	4	5	30

LISTE 4 VORLEGEN

INFORMATIONEN ZUM INTERVIEW „LEBENSQUALITÄT“

Worum geht es?

Sie haben im Zeitraum zwischen 1999 und 2004 an der Studie SIPSY „Soziale Integration und Lebensqualität von psychisch erkrankten Menschen“ teilgenommen, bei der Sie zwei bis drei Mal persönlich oder am Telefon befragt wurden. Neben vielen anderen Fragen zu Ihrer Lebenssituation wurden Sie auch nach Ihrer **Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen** (Arbeit, Beziehungen, Wohlbefinden usw.) befragt. Als Antwort konnten Sie jeweils eine Zahl zwischen 1 (sehr unzufrieden) und 5 (sehr zufrieden) geben.

Im Rahmen meiner Doktorarbeit interessiere ich mich dafür, was eigentlich Lebensqualität für Menschen mit einer psychischen Erkrankung bedeutet. Dabei interessiert mich **Ihre Meinung, Ihre Erfahrung und Ihre Gedanken** zu folgenden Fragen:

- Was ist wichtig in meinem Leben, dass ich zufrieden oder glücklich bin?
- Hat sich dies in den letzten Jahren, mit der Erkrankung oder in anderem Zusammenhang verändert?
- Mit was in meinem Leben bin ich weniger zufrieden?
- Was ist für mich Lebensqualität?

Ich möchte zu diesen Fragen aber keine weiteren Zahlen erfragen, sondern in einem **offenen Interview** etwas von Ihnen erfahren.

Was wird von mir erwartet?

Gerne würde ich mit Ihnen zu den obigen Fragen ein Interview führen. Dieses dauert etwa eine Stunde. Das Gespräch wird auf Tonband aufgenommen und später transkribiert und anonymisiert. Dies bedeutet, dass aus dem Text kein Rückschluss auf Ihre Person möglich ist. Ihre Daten werden vertraulich behandelt.

Die Interviews finden im Zeitraum zwischen Mitte November und Ende Januar statt. Da das Gespräch aufgezeichnet wird, muss es in einem ruhigen Raum stattfinden: Falls Sie sich entschliessen teilzunehmen, können Sie wählen, ob das Interview bei Ihnen zuhause stattfindet oder in Zürich, im Zentrum für Psychiatrische Rehabilitation (Nähe Bahnhof). Die Fahrkosten für das Billett würden Ihnen in diesem Fall zurückerstattet. Als Entschädigung erhalten Sie eine kleine Überraschung.

Sind Sie interessiert? Haben Sie weitere Fragen?

Es würde mich freuen, wenn Sie mitmachen würden!

Falls ja, füllen Sie bitte den untenstehenden Talon aus und schicken diesen im beigelegten Couvert an mich zurück. Sie können sich auch telefonisch oder per Email anmelden.

Wenn Sie sich anmelden, werde ich Sie so schnell wie möglich kontaktieren, damit wir einen Termin vereinbaren können.

Vielleicht haben Sie aber auch noch Fragen? Diese beantworte ich Ihnen gerne am Telefon oder per Email.

Kontakt:

Brigitte Müller, Psychologin FSP

Doktorandin

brigitte.mueller@bli.unizh.ch

G: 0xx/ xxx xx xx

Das Telefon wird umgeleitet, wenn ich nicht im Büro bin, Sie können mich also auch ausserhalb der Bürozeiten unter dieser Nummer erreichen.

Infos in Kürze

Was?	offenes Interview zum Thema „Lebensqualität“
Wann?	zwischen Mitte November 2006 und Ende Januar 2007
Wo?	bei Ihnen zuhause oder im Zentrum für Psychiatrische Rehabilitation, Militärstr. 8, 8004 Zürich (5 Min. zum Bahnhof)
Wie lange?	etwa 1 Stunde, höchstens 1,5 Stunden (90 Minuten)
Wichtig?	Ihre persönliche Meinung, Erfahrungen und Gedanken zum Thema. Ihre Daten werden vertraulich behandelt.
Weiteres?	Sie bekommen eine kleine Überraschung. Allfällige Fahrkosten mit öffentlichen Verkehrsmitteln werden übernommen.

Einverständniserklärung zum qualitativen Interview

INTERVIEW „LEBENSQUALITÄT“

Einverständniserklärung

Ich bestätige hiermit, dass ich von Frau Brigitte Müller über Inhalt, Ziele und den Ablauf des Interviews zum Thema „Lebensqualität“ informiert worden bin.

Ich erkläre mich einverstanden, dass das Interview unter Einhaltung der nachfolgenden Bestimmungen zum Datenschutz aufgenommen und transkribiert wird. Auszüge daraus dürfen in der Doktorarbeit von Frau Brigitte Müller und allfälligen Folgepublikationen zitiert werden.

Datenschutz

1. Das Interview wird aufgenommen.
2. Bei der Verschriftlichung (Transkription) des Interviews werden folgende Angaben anonymisiert: Vorname, Name, Wohnort, Adresse und Telefonnummer, Arbeitsort, alle Personen- und Ortsnamen.
3. Die Aufnahme des Interviews wird nach der Transkription gelöscht.
4. Drittpersonen haben keine Einsicht in die Aufnahmen und die transkribierten Interviews.
5. Die transkribierten Interviews werden bis zur Publikation der Doktorarbeit bzw. allfälliger Folgepublikationen aufbewahrt.

Ich behalte mir das Recht vor, meine Einwilligung zur Verwendung des Interviews jederzeit schriftlich oder mündlich zurückzuziehen, ohne dass mir daraus irgendwelche Nachteile entstehen.

Ort, Datum

Vorname, Name _____ Unterschrift _____

Ich (Brigitte Müller) bestätige, dass ich den/die Teilnehmende/n über Inhalt, Ziele und Ablauf des Interviews informiert habe. Ich gewährleiste, dass das transkribierte Interview nur im Rahmen meiner Doktorarbeit und allfälliger Folgepublikationen verwendet wird, und ich den oben genannten Bestimmungen zum Datenschutz Folge leiste.

Ort, Datum

Unterschrift _____

Leitfaden zum qualitativen Interview

Phase	Thema	Leitfrage	Nachfragen, Hilfsfragen, Alternativen
1. Icebreaker	Alltag, Lebenssituation	Eben, wie gesagt, geht es ums Thema Lebensqualität. Das ist ja ein relativ abstrakter Begriff, deshalb möchte ich, dass Sie zuerst einmal aus Ihrem Alltag etwas erzählen. Wie sieht denn so eine typische Woche bei Ihnen aus?	Was machen Sie denn sonst noch? Haben Sie bestimmte Hobbies? Was machen Sie denn in Ihrer Freizeit?
2. Einstieg ins Thema	Welche Bereiche sind wichtig? Warum wichtig?	Wenn Sie jetzt so an Ihren Alltag denken, was ist denn da wichtig, dass es Ihnen gut geht, dass Sie zufrieden sind? Sie haben jetzt verschiedene Sachen erzählt, wo Ihnen wichtig sind. Könnten Sie mir noch etwas dazu sagen, warum Ihnen das wichtig ist? (→ auf Erwähntes eingehen)	Gibt es sonst noch etwas, wo Ihnen wichtig ist? Was bedeutet das Ihnen denn? Sie haben vorher von x erzählt, können Sie mir sagen, warum Ihnen das wichtig ist?
3. Hauptfragen	Zufriedenheit Unzufriedenheit Veränderungswünsche „Geschichte“ Rolle der psychischen Erkrankung.. ...für QoL	Wenn Sie jetzt an die Sachen denken, wo Sie vorher erwähnt haben, würden Sie sagen, Sie sind mit diesen zufrieden? Gibt es denn auch Sachen in Ihrem Leben oder an Ihrer Situation, wo Sie nicht so zufrieden sind damit? Und die Bereiche, wo Sie jetzt gesagt haben, Sie sind nicht so zufrieden, was müsste oder könnte sich ändern, dass es sich verbessert? Wenn Sie jetzt so an Ihr Leben in den letzten Jahren zurückdenken, hat sich da Ihre Lebensqualität verändert? Sie sind ja ganz am Anfang von der Studie, so im 2000, interviewt worden, wo Sie in der Klinik waren. Ich möchte gern noch wissen, ob das heute in Ihrem Leben noch eine Rolle spielt? Und spielt das für Ihre Lebensqualität jetzt eine Rolle?	Sind Sie denn mit diesen Bereichen von Ihrem Leben zufrieden, wo Sie vorher erzählt haben? Wie könnte denn das aussehen, dass es sich verbessert? Können Sie mir sagen, mit was diese Veränderung zusammenhängt? Woran lag das? Waren Sie jetzt wieder einmal in der Klinik? Nehmen Sie denn noch Medikamente? Wie ist denn das heute? Und was haben Sie jetzt das Gefühl, hat das einen Einfluss auf Ihre Lebensqualität?
4. Ausstieg	Definition	Wenn Sie jetzt so auf unser Gespräch zurückschauen, wie würden Sie den Satz beenden: „Lebensqualität, das heisst für mich...“?	Wenn Sie Lebensqualität definieren müssten, wie würden Sie das sagen?
5. All things considered?	Weitere Aspekte, Fragen, Kommentare	Wir kommen jetzt dann langsam zum Ende des Interviews. Gibt es etwas, wo wir noch nicht davon gesprochen haben, dass Ihnen zum Thema Lebensqualität noch wichtig ist?	Haben Sie noch Fragen? Möchten Sie noch etwas von mir wissen?

Anhang VII/1

Tabellen zu den Mehrebenenmodellen mit einzelnen Prädiktoren, nichtsignifikante Ergebnisse

Tab. 1: Mehrebenenmodell für Geschlecht	178
Tab. 2: Mehrebenenmodell für Alter	178
Tab. 3: Mehrebenenmodell für Bildung	178
Tab. 4: Mehrebenenmodell für Wohnsituation	179
Tab. 5: Mehrebenenmodell für Einkommen.....	179
Tab. 6: Mehrebenenmodell für soziales Netz (Anzahl sozialer Rollen).....	179
Tab. 7: Mehrebenenmodell für Partner/Partnerin	180
Tab. 8: Mehrebenenmodell für Verwandte.....	180
Tab. 9: Mehrebenenmodell für ArbeitskollegInnen.....	180
Tab. 10: Mehrebenenmodell für FreundInnen, Kinder und wahrgenommene soziale Unterstützung.....	180
Tab. 11: Mehrebenenmodell für stigmatisierende Erfahrungen.....	181
Tab. 12: Mehrebenenmodell für wahrgenommene Stigmatisierung und defensives Coping	181
Tab. 13: Mehrebenenmodell für Erkrankung eines Familienmitglieds	181
Tab. 14: Mehrebenenmodell für psychische Probleme eines Familienmitglieds.....	181
Tab. 15: Mehrebenenmodell für Enttäuschung durch eine nahestehende Person.....	182
Tab. 16: Mehrebenenmodell für Tod einer nahestehenden Person.....	182
Tab. 17: Mehrebenenmodell für Scheidung/Trennung.....	182
Tab. 18: Mehrebenenmodell für einschneidendes Ereignis bei der Arbeit	182
Tab. 19: Mehrebenenmodell für einschneidendes Ereignis in Bezug auf die Wohnsituation.....	183
Tab. 20: Mehrebenenmodell für Belastung insgesamt durch Lebensereignisse	183
Tab. 21: Mehrebenenmodell für Ersterkrankungsalter	183
Tab. 22: Mehrebenenmodell für Erkrankungsdauer anhand psychischer Beschwerden, 3 Kategorien	183
Tab. 23: Mehrebenenmodell für Erkrankungsdauer anhand psychischer Beschwerden, 2 Kategorien	184
Tab. 24: Mehrebenenmodell für Erkrankungsdauer anhand erster Hospitalisierung	184
Tab. 25: Mehrebenenmodell für Anzahl bisheriger Hospitalisierungen.....	184
Tab. 26: Mehrebenenmodell für Dauer der Klinikaufenthalte in den letzten 12 Monaten.....	184
Tab. 27: Mehrebenenmodell für Alkoholkonsum	185
Tab. 28: Mehrebenenmodell für SCL-90-R, selbsteingeschätzte Symptome	185

1. Soziodemografische Prädiktoren**Tab. 1: Mehrebenenmodell für Geschlecht**

Abhängige Variable	Fixed effects	(SE)	G-Matrix			Residual	Model fit	
Lebensqualität (1-100)	Achsenabschnitt	57,93*** (1,59)	170,46			25,26	-2LL	3549,9
	Zeit	7,32*** (1,29)	-80,56	181,76			AIC	3573,9
	Zeit ²	-1,53*** (0,32)	17,55	-41,86	9,99		BIC	3612,4
	Geschlecht †	1,01 (1,96)						
	Geschlecht*Zeit ††	0,01 (0,71)						

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

n=453

† Referenzgruppe: Frauen

†† testet unterschiedliche Steigungen für Frauen und Männer

Tab. 2: Mehrebenenmodell für Alter

Abhängige Variable	Fixed effects	(SE)	G-Matrix			Residual	Model fit	
Lebensqualität (1-100)	Achsenabschnitt	57,29*** (1,52)	166,63			22,74	-2LL	3542,8
	Zeit	7,44*** (1,29)	-75,92	180,02			AIC	3570,8
	Zeit ²	-1,54*** (0,32)	16,17	-42,26	10,35		BIC	3615,7
	unter 30 Jahren †	5,21 (2,35)						
	unter 30 Jahren* Zeit	-1,26 (0,96)						
	31-40 Jahre	-0,16 (2,00)						
	31-40 Jahre* Zeit	0,95 (0,83)						

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

n=453

† Referenzgruppe: über 40 Jahre

Tab. 3: Mehrebenenmodell für Bildung

Abhängige Variable	Fixed effects	(SE)	G-Matrix			Residual	Model fit	
Lebensqualität (1-100)	Achsenabschnitt	58,83*** (2,27)	172,10			24,03	-2LL	3547,2
	Zeit	8,28*** (1,44)	-83,03	184,55			AIC	3575,2
	Zeit ²	-1,57*** (0,32)	18,24	-42,69	10,23		BIC	3620,1
	keine o. oblig. Schule †	-1,12 (3,00)						
	keine o. oblig. Schule * Zeit	-1,60 (1,15)						
	Lehre o. Matura	-0,04 (2,54)						
	Lehre o. Matura * Zeit	-0,80 (0,92)						

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

n=453

† Referenzgruppe: Fachhochschul- o. Universitätsabschluss

Tab. 4: Mehrebenenmodell für Wohnsituation

Abhängige Variable	Fixed effects	(SE)	G-Matrix	Residual	Model fit
Lebensqualität (1-100)	Achsenabschnitt	56,40*** (2,55)	172,45	24,97	-2LL 3541,0
	Zeit	7,54*** (1,64)	-84,47 181,08		AIC 3569,0
	Zeit ²	-1,59*** (0,33)	18,74 -41,84 10,03		BIC 3613,9
	wohnt allein †	2,36 (2,67)			
	wohnt allein * Zeit	0,06 (1,12)			
	wohnt mit anderen	2,36 (2,64)			
	wohnt mit anderen * Zeit	0,19 (1,11)			

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

n=452

† Referenzgruppe: wohnt in Institution

Tab. 5: Mehrebenenmodell für Einkommen

Abhängige Variable	Fixed effects	(SE)	G-Matrix	Residual	Model fit
Lebensqualität (1-100)	Achsenabschnitt	57,77*** (1,24)	168,78	27,04	-2LL 3489,9
	Zeit	7,47*** (1,26)	-81,04 179,32		AIC 3513,9
	Zeit ²	-1,58*** (0,32)	17,49 -40,80 9,61		BIC 3552,4
	höheres Einkommen †	1,30 (1,60)			
	höheres Einkommen * Zeit	0,18 (0,76)			

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

n=452

† Referenzgruppe: tieferes Einkommen (< 3125 SFR.)

2. Psychosoziale Prädiktoren

2.1 Soziales Netz und Unterstützung

Tab. 6: Mehrebenenmodell für soziales Netz (Anzahl sozialer Rollen)

Abhängige Variable	Fixed effects	(SE)	G-Matrix	Residual	Model fit
Lebensqualität (1-100)	Achsenabschnitt	60,67*** (1,54)	163,62	28,50	-2LL 3546,0
	Zeit	6,82*** (1,33)	-78,75 174,80		AIC 3575,0
	Zeit ²	-1,45*** (0,32)	17,60 -40,29 9,58		BIC 3619,0
	schlecht integriert †	-3,25 (2,04)			
	schlecht integriert * Zeit	0,21 (0,96)			
	mittel integriert	-2,99 (1,82)			
	mittel integriert * Zeit	0,44 (0,86)			

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

n=453

† schlecht integriert=0-2 Rollen; mittel integriert=3 Rollen; gut integriert=4-5 Rollen (Referenzgruppe)

Anhang VII/4

Tab. 7: Mehrebenenmodell für Partner/Partnerin

Abhängige Variable	Fixed effects	(SE)	G-Matrix			Residual	Model fit	
Lebensqualität (1-100)	Achsenabschnitt	57,61*** (1,22)	168,96			25,94	-2LL	3540,3
	Zeit	7,51*** (1,25)	-80,90	180,28			AIC	3564,3
	Zeit ²	-1,50*** (0,32)	17,80	-41,46	9,87		BIC	3602,8
	hat PartnerIn	2,39 (1,65)						
	PartnerIn* Zeit	-0,79 (0,75)						

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

n=452

Tab. 8: Mehrebenenmodell für Verwandte

Abhängige Variable	Fixed effects	(SE)	G-Matrix			Residual	Model fit	
Lebensqualität (1-100)	Achsenabschnitt	56,45*** (2,00)	165,68			31,37	-2LL	3494,8
	Zeit	6,71*** (1,44)	-79,82	171,26			AIC	3518,8
	Zeit ²	-1,43*** (0,32)	17,52	-38,95	9,08		BIC	3557,3
	hat Verwandte	2,58 (2,12)						
	Verwandte* Zeit	0,38 (0,98)						

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

n=446

Tab. 9: Mehrebenenmodell für ArbeitskollegInnen

Abhängige Variable	Fixed effects	(SE)	G-Matrix			Residual	Model fit	
Lebensqualität (1-100)	Achsenabschnitt	59,26*** (2,04)	191,70			0,0008	-2LL	2961,5
	Zeit	6,02** (1,54)	-100,29	237,21			AIC	2985,5
	Zeit ²	-1,35** (0,34)	19,91	-55,67	13,84		BIC	3023,6
	hat ArbeitskollegInnen	0,07 (2,16)						
	ArbeitskollegInnen* Zeit	0,92 (1,04)						

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

n=379

Tab. 10: Mehrebenenmodell für FreundInnen, Kinder und wahrgenommene soziale Unterstützung

Abhängige Variable	Fixed effects	(SE)	G-Matrix			Residual	Model fit	
Lebensqualität (1-100)	Achsenabschnitt	46,38*** (2,85)	161,30			20,27	-2LL	3480,8
	Zeit	10,52*** (1,78)	-88,40	198,44			AIC	3506,8
	Zeit ²	-1,53*** (0,32)	19,54	-46,26	11,20		BIC	3548,6
	fühlt sich gut unterstützt	3,94** (1,02)						
	hat FreundInnen	6,93** (2,58)						
	FreundInnen* Zeit	-3,47* (1,49)						

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

n=447

2.2 Stigmatisierung**Tab. 11: Mehrebenenmodell für stigmatisierende Erfahrungen**

Abhängige Variable	Fixed effects	(SE)	G-Matrix			Residual	Model fit	
Lebensqualität (1-100)	Achsenabschnitt	59,99*** (1,51)	155,37			23,18	-2LL	3032,6
	Zeit	6,46*** (1,37)	-57,66	150,26			AIC	3056,6
	Zeit ²	-1,26** (0,33)	10,91	-33,89	8,05		BIC	3095,0
	Stigmaerfahrungen	-0,42 (1,68)						
	Stigmaerfahrungen*Zeit	-0,47 (0,79)						

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$
 n=390

Tab. 12: Mehrebenenmodell für wahrgenommene Stigmatisierung und defensives Coping

Abhängige Variable	Fixed effects	(SE)	G-Matrix			Residual	Model fit	
Lebensqualität (1-100)	Achsenabschnitt	61,60*** (1,29)	153,37			32,35	-2LL	3379,6
	Zeit	8,17*** (1,22)	-71,32	153,18			AIC	3403,6
	Zeit ²	-1,72*** (0,32)	15,58	-34,88	8,16		BIC	3442,1
	Stigmaerfahrungen	-1,56 (1,07)						
	defensives Coping	-4,50 (1,18)						

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$
 n=434

2.3 Belastende Lebensereignisse⁹⁰**Tab. 13: Mehrebenenmodell für Erkrankung eines Familienmitglieds**

Abhängige Variable	Fixed effects	(SE)	G-Matrix			Residual	Model fit	
Lebensqualität (1-100)	Achsenabschnitt	58,68*** (1,09)	170,22			24,93	-2LL	3533,3
	Zeit	7,16*** (1,22)	-80,36	183,00			AIC	3557,3
	Zeit ²	-1,54*** (0,32)	17,54	-41,82	9,88		BIC	3595,8
	Erkrankung Fam.mitglied	-0,46 (0,91)						
	Erkr. Fam.mitglied*Zeit	0,35 (0,33)						

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$
 n=451

Tab. 14: Mehrebenenmodell für psychische Probleme eines Familienmitglieds

Abhängige Variable	Fixed effects	(SE)	G-Matrix			Residual	Model fit	
Lebensqualität (1-100)	Achsenabschnitt	58,30*** (1,08)	170,45			25,73	-2LL	3527,4
	Zeit	7,39*** (1,22)	-80,32	181,59			AIC	3551,4
	Zeit ²	-1,51*** (0,32)	17,49	-41,73	9,92		BIC	3590,0
	psych. Probl. Fam.mitglied	0,49 (0,69)						
	psych. Probl. Fam.mitglied*Zeit	-0,23 (0,27)						

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$
 n=450

⁹⁰ Die Modelle für die folgenden Ereignisse konnten nicht berechnet werden, da die Kategoriengrößen zu klein sind: Schwangerschaft, negatives Ereignis bei einem Kind, Auszug eines Kindes.

Anhang VII/6

Tab. 15: Mehrebenenmodell für Enttäuschung durch eine nahestehende Person

Abhängige Variable	Fixed effects	(SE)	G-Matrix			Residual	Model fit	
Lebensqualität (1-100)	Achsenabschnitt	58,70*** (1,31)	170,29			25,20	-2LL	3532,7
	Zeit	7,31*** (1,30)	-82,41	183,84			AIC	3556,7
	Zeit ²	-1,53*** (0,32)	17,66	-42,23	10,05		BIC	3595,2
	Enttäuschung	-0,37 (1,52)						
	Enttäuschung*Zeit	0,15 (0,74)						

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

n=451

Tab. 16: Mehrebenenmodell für Tod einer nahestehenden Person

Abhängige Variable	Fixed effects	(SE)	G-Matrix			Residual	Model fit	
Lebensqualität (1-100)	Achsenabschnitt	58,22*** (1,11)	171,00			25,63	-2LL	3524,4
	Zeit	7,51*** (1,23)	-82,37	180,28			AIC	3548,4
	Zeit ²	-1,54 (0,32)	17,85	-40,96	9,62		BIC	3586,9
	Tod einer nahestehenden Person	0,97 (1,32)						
	Tod e. nahestehenden P.*Zeit	-0,33 (0,63)						

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

n=451

Tab. 17: Mehrebenenmodell für Scheidung/Trennung

Abhängige Variable	Fixed effects	(SE)	G-Matrix			Residual	Model fit	
Lebensqualität (1-100)	Achsenabschnitt	58,85*** (1,21)	170,21			25,50	-2LL	3532,4
	Zeit	7,21*** (1,27)	-81,96	182,43			AIC	3556,4
	Zeit ²	-1,51*** (0,32)	17,58	-41,90	9,97		BIC	3594,9
	Scheidung/Trennung	-0,90 (1,63)						
	Scheidung/Trennung *Zeit	0,39 (0,79)						

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

n=451

Tab. 18: Mehrebenenmodell für einschneidendes Ereignis bei der Arbeit

Abhängige Variable	Fixed effects	(SE)	G-Matrix			Residual	Model fit	
Lebensqualität (1-100)	Achsenabschnitt	57,90*** (1,24)	172,88			22,15	-2LL	3494,4
	Zeit	8,21*** (1,30)	-87,80	196,25			AIC	3518,4
	Zeit ²	-1,65*** (0,33)	18,85	-45,45	10,92		BIC	3556,9
	Arbeit	1,55 (1,59)						
	Arbeit *Zeit	-1,47 (0,81)						

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

n=446

Anhang VII/7

Tab. 19: Mehrebenenmodell für einschneidendes Ereignis in Bezug auf die Wohnsituation

Abhängige Variable	Fixed effects	(SE)	G-Matrix			Residual	Model fit	
Lebensqualität (1-100)	Achsenabschnitt	58,03***	(1,22)	169,39		25,67	-2LL	3486,7
	Zeit	8,45***	(1,30)	-80,79	180,19		AIC	3510,7
	Zeit ²	-1,71***	(0,33)	5,64	-41,70	10,01	BIC	3549,2
	Wohnen	1,17	(1,60)					
	Wohnen*Zeit	-1,69	(0,85)					

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

n=445

Tab. 20: Mehrebenenmodell für Belastung insgesamt durch Lebensereignisse

Abhängige Variable	Fixed effects	(SE)	G-Matrix			Residual	Model fit	
Lebensqualität (1-100)	Achsenabschnitt	62,11***	(1,23)	135,79		29,93	-2LL	3502,4
	Zeit	7,13***	(1,25)	-62,63	159,20		AIC	3526,4
	Zeit ²	-1,54***	(0,31)	13,24	-36,34	8,61	BIC	3564,9
	Belastung insgesamt†	-6,90***	(1,48)					
	Belastung insgesamt*Zeit	0,67	(0,74)					

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

† Mittelwert der Belastung z.Z. des Vorkommens des Ereignisses und zur Zeit der Befragung

n=445

3. Klinische Prädiktoren

Tab. 21: Mehrebenenmodell für Ersterkrankungsalter

Abhängige Variable	Fixed effects	(SE)	G-Matrix			Residual	Model fit	
Lebensqualität (1-100)	Achsenabschnitt	58,90***	(1,49)	166,59		24,11	-2LL	3437,8
	Zeit	7,36***	(1,31)	-81,52	192,68		AIC	3461,8
	Zeit ²	-1,61***	(0,33)	18,10	-44,99	10,87	BIC	3500,1
	spät erkrankt†	-1,11	(1,93)					
	spät erkrankt*Zeit	0,39	(0,70)					

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

† über 25 Jahre

n=439

Tab. 22: Mehrebenenmodell für Erkrankungsdauer anhand psychischer Beschwerden, 3 Kategorien

Abhängige Variable	Fixed effects	(SE)	G-Matrix			Residual	Model fit	
Lebensqualität (1-100)	Achsenabschnitt	57,74***	(1,55)	168,59		26,57	-2LL	3546,7
	Zeit	7,44***	(1,28)	-80,65	176,17		AIC	3574,7
	Zeit ²	-1,54***	(0,32)	17,69	-40,31	9,55	BIC	3619,7
	unter 3 Jahren †	2,44	(2,16)					
	unter 3 Jahre *Zeit	0,13	(0,78)					
	3-10 Jahre	-0,42	(2,50)					
	3-10 Jahre*Zeit	-0,64	(0,92)					

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

† Referenzgruppe: länger als 10 Jahre erkrankt

n=453

Anhang VII/8

Tab. 23: Mehrebenenmodell für Erkrankungsdauer anhand psychischer Beschwerden, 2 Kategorien

Abhängige Variable	Fixed effects	(SE)	G-Matrix			Residual	Model fit	
Lebensqualität (1-100)	Achsenabschnitt	58,00***	(1,33)	169,36		26,72	-2LL	3548,9
	Zeit	7,15***	(1,24)	-80,24	176,97		AIC	3572,9
	Zeit ²	-1,54***	(0,32)	17,62	-40,54	9,61	BIC	3611,5
	bis zu 6 Jahren †	1,26	(1,92)					
	bis zu 6 Jahren *Zeit	0,43	(0,69)					

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$ † Referenzgruppe: länger als 6 Jahre erkrankt
n=453

Tab. 24: Mehrebenenmodell für Erkrankungsdauer anhand erster Hospitalisierung

Abhängige Variable	Fixed effects	(SE)	G-Matrix			Residual	Model fit	
Lebensqualität (1-100)	Achsenabschnitt	58,49***	(1,40)	164,21		27,43	-2LL	3436,6
	Zeit	7,03***	(1,31)	-79,13	181,58		AIC	3460,6
	Zeit ²	-1,57***	(0,33)	17,78	-41,90	9,95	BIC	3498,7
	bis zu 3 Jahren †	-0,42	(1,91)					
	bis zu 3 Jahren *Zeit	0,91	(0,70)					

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$ † Referenzgruppe: länger als 3 Jahre erkrankt (anhand Hospitalisierung)
n=453

Tab. 25: Mehrebenenmodell für Anzahl bisheriger Hospitalisierungen

Abhängige Variable	Fixed effects	(SE)	G-Matrix			Residual	Model fit	
Lebensqualität (1-100)	Achsenabschnitt	59,79***	(1,73)	167,28		25,16	-2LL	3405,6
	Zeit	7,15***	(1,38)	-83,40	191,43		AIC	3433,6
	Zeit ²	-1,63***	(0,33)	18,76	-44,42	10,62	BIC	3477,9
	1. Hospitalisierung †	-1,69	(2,29)					
	1. Hospitalisierung *Zeit	0,84	(0,88)					
	2.-5. Hospitalisierung	-2,99	(2,21)					
	2.-5. Hospitalisierung*Zeit	0,79	(0,82)					

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$ † Referenzgruppe: mehr als 6 Hospitalisierungen
n=435

Tab. 26: Mehrebenenmodell für Dauer der Klinikaufenthalte in den letzten 12 Monaten

Abhängige Variable	Fixed effects	(SE)	G-Matrix			Residual	Model fit	
Lebensqualität (1-100)	Achsenabschnitt	57,31***	(2,33)	169,30		27,15	-2LL	3544,2
	Zeit	8,50***	(1,59)	-78,84	168,68		AIC	3572,2
	Zeit ²	-1,52***	(0,31)	17,04	-37,77	8,73	BIC	3617,1
	kein Aufenthalt †	1,43	(2,35)					
	kein Aufenthalt *Zeit	-1,08	(1,12)					
	Aufenthalt bis zu 2 Mon.	1,70	(2,89)					
	Aufenthalt bis zu 2 Mon.*Zeit	-2,63	(1,39)					

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$ † Referenzgruppe: Aufenthalt über 2 Monate
n=453

Tab. 27: Mehrebenenmodell für Alkoholkonsum

Abhängige Variable	Fixed effects	(SE)	G-Matrix	Residual	Model fit
Lebensqualität (1-100)	Achsenabschnitt	58,59*** (1,14)	141,10	27,62	-2LL 3207,2
	Zeit	7,28*** (1,34)	-71,52 195,72		AIC 3231,2
	Zeit ²	-1,47*** (0,35)	16,56 -45,75 10,91		BIC 3269,7
	mittlerer/häufiger Alkoholkonsum †	-0,09 (1,87)			
	mittlerer/häufiger Konsum *Zeit	-0,39 (0,80)			

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

† Referenzgruppe: kein oder seltener Alkoholkonsum

n=411

Tab. 28: Mehrebenenmodell für SCL-90-R, selbsteingeschätzte Symptome

Abh. Variable	Fixed effects	(SE)	G-Matrix	Residual	Model fit
Lebensqualität (1-100)	Achsenabschnitt	50,07*** (1,14)	89,13	29,11	-2LL 3330,9
	Zeit	7,27*** (1,12)	-39,84 97,85		AIC 3370,9
	Zeit ²	-1,41*** (0,29)	8,62 -22,85 5,66		BIC 3435,1
	geringe psych. Belastung (GSI)	-0,78 (2,57)			
	geringe psych. Belastung *Zeit	0,83 (1,42)			
	wenig Symptome (PST)	5,14* (2,29)			
	wenig Symptome* Zeit	-1,17 (1,21)			
	geringe Intensität d. Symptome (PSDI)	1,93 (1,74)			
	geringe Intensität d. Sympt.*Zeit	1,66 (1,01)			
	tiefe Werte Depressivität	11,55*** (1,89)			
	tiefe Werte Depressivität*Zeit	-1,67 (0,87)			
	tiefe Werte Ängstlichkeit	-0,61 (1,82)			
	tiefe Werte Ängstlichkeit*Zeit	0,28 (0,96)			

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

n=411

Anhang VIII

Multikollinearitätsdiagnose

Tab. 29: Korrelationen zwischen dummy-kodierten Prädiktorvariablen

		Arbeitsmarkt	hat FreundInnen	fühlt s. gut unterstützt	defensives Coping
Arbeitsmarkt †	<i>r</i> ††				
hat FreundInnen	<i>r</i>	0,10*			
fühlt s. gut unterstützt	<i>r</i>	0,04	0,02		
defensives Coping	<i>r</i>	-0,10*	-0,05	-0,05	
fünf o.m. Lebensereignisse	<i>r</i>	0,09	-0,02	0,03	0,05
Auseinandersetzung	<i>r</i>	0,11*	-0,02	0,06	-0,03
viel Kraft gekostet	<i>r</i>	-0,08	-0,01	-0,03	0,13**
immer noch belastend	<i>r</i>	-0,11*	-0,05	-0,09	0,12**
Affektive Erkrankung (F3)	<i>r</i>	0,05	0,01	-0,01	-0,03
keine Medikamente	<i>r</i>	0,20*	0,02	-0,01	0,04
1-2 Medikamente	<i>r</i>	0,06	-0,05	-0,00	-0,08
wenig Symptome (PST)	<i>r</i>	0,06	0,01	0,01	-0,20**
tiefe Werte Depressivität	<i>r</i>	0,08	0,04	0,14**	-,14**
		fünf o.m. Lebensereig.	Auseinandersetzung	viel Kraft gekostet	immer noch belastend
Auseinandersetzung	<i>r</i>	0,45**			
viel Kraft gekostet	<i>r</i>	0,10*	0,13**		
immer noch belastend	<i>r</i>	0,11*	0,12*	0,50**	
Affektive Erkrankung (F3)	<i>r</i>	0,05	-0,01	0,08	0,13**
keine Medikamente	<i>r</i>	0,10*	0,04	-0,09	-0,42
1-2 Medikamente	<i>r</i>	-0,09	0,03	-0,13**	-0,18**
wenig Symptome (PST)	<i>r</i>	-0,15**	0,00	-0,19**	-0,30**
tiefe Werte Depressivität	<i>r</i>	-0,09*	-0,00	-0,23**	0,32**
		F3	keine Medikamente	1-2 Medikamente	wenig Symptome
keine Medikamente	<i>r</i>	0,08			
1-2 Medikamente	<i>r</i>	-0,14**	-0,51**		
wenig Symptome (PST)	<i>r</i>	-0,08	0,11**	0,18**	
tiefe Werte Depressivität	<i>r</i>	-0,25	0,14**	0,14**	0,61**

† Alle Variablen sind dummy-codiert (0,1).

†† Pearson

n=426-469

Anhang IX

Schlussmodelle

Tab. 30: Schlussmodelle

	1. Modell	2. Modell	3. Modell	4. Modell	5. Modell	6. Modell
n	181	181	179	179	179	179
Achsenabschnitt	48,70***	50,02***	50,78***	53,46***	54,78***	55,09***
Zeit	10,09***	8,78***	8,07***	8,15***	8,16***	8,00***
Zeit ²	-1,51***	-1,55***	-1,31***	-1,32***	-1,35***	-1,31***
Soziodemografische Prädiktoren						
Stelle auf d. Arbeitsmarkt	3,80**	3,80**	4,21***	4,33***	4,56***	4,64***
Psychosoziale Prädiktoren						
hat FreundInnen	4,81*	3,33*	2,98 (Trend)	-	-	-
FreundInnen* Zeit	-1,56 ns	-	-	-	-	-
fühlt sich gut unterstützt	3,19**	3,30**	3,36**	3,32**	3,18**	3,20**
defensives Coping	-2,53**	-2,67**	-2,74**	-2,72**	-2,70**	-2,74**
fünf o.m. Lebensereignisse	-2,98*	-3,02**	-3,13**	-3,12**	-3,31**	-3,16**
Auseinandersetzung	4,90**	4,91**	3,88**	3,81**	3,93**	3,75**
Auseinandersetzung *Zeit	-1,71*	-1,76*	-1,36*	-1,33*	-1,33*	-1,29*
viel Kraft gekostet	-2,36*	-2,46*	-2,40*	-2,34*	-2,45*	-2,59**
immer noch belastend	-3,07**	-3,03**	-2,83**	-2,87**	-3,01**	-3,01**
Klinische Prädiktoren						
Affektive Erkrankung (F3)	-4,55**	-4,57**	-4,68**	-4,70**	-4,80**	-4,68**
keine Medikamente	4,04**	4,22**	3,37*	3,10*	1,49 ns	-
1-2 Medikamente	2,36*	2,38*	2,19*	2,10 (Trend)	-	-
wenig Symptome (PST)	2,70*	2,76*	2,94**	2,98**	3,40**	3,42**
tiefe Werte Depressivität	7,91***	7,91***	7,64**	7,65***	7,75***	7,85***
Kennwerte						
-2LL	3055,9	3057,0	2991,6	2994,8	2998,6	3000,1
AIC	3105,9	3105,0	3039,6	3040,8	3042,6	3042,1
BIC	3185,8	3181,8	3116,1	3114,1	3112,7	3109,0

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$ **Anmerkungen**a) 1.-6. Modell: 2 Personen der Stichprobe von $n=183$ haben zu wenig Werte und werden nicht in die Modelle einbezogen.

b) Das 3. Modell wurde als Schlussmodell gewählt.

Curriculum Vitae

1. Persönliche Angaben

Name: Brigitte Elisabeth Müller
Geburtsdatum: 29.08.1974
Zivilsstand: ledig
Bürgerort: Winterthur und Dägerlen ZH

2. Ausbildung

10.1994-09.1996 Grundstudium der Psychologie an der Universität Zürich
10.1997-06.2002 Vertiefungsstudium Klinische Psychologie I (Frau Prof. Dr. B. Boothe) an der Universität Zürich
Nebenfächer: Psychopathologie des Kindes- und Jugendalters, Kriminologie
Lizentiatsarbeit: „Familienkonstrukte von psychisch erkrankten Müttern und ihren Angehörigen“ (betreut durch PD Dr. Thomas Gehring, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich)

3. Berufliche Tätigkeiten

05.1994-10.1994 verschiedene Tätigkeiten in Verlag und Buchhandlung im Schulthess Polygraphischer Verlag, Zürich
11.1996-01.1997 Administrationsarbeit bei Ciba Spezialitätenchemie AG, Basel
09.1997 Interviewerin bei Befragung von Drogenabhängigen in Kontakt- und Anlaufstellen der Stadt Zürich im Auftrag des Instituts für Suchtforschung, Zürich
10.1998-01.1999 Semesterassistentz/Tutorin „Methodenpropädeutikum Klinische Psychologie“ an der Universität Zürich
02.1999-09.2001 Betreuung Wachtherapie für Patientinnen und Patienten mit affektiven Störungen in der psychiatrischen Klinik Sanatorium Kilchberg, ZH
02.1999-11.2001 Testassistentz bei der Städtischen Berufsberatung, Winterthur
03.2001-02.2003 Mitarbeit (Bar, Klub) im Kulturbetrieb „Kraftfeld“, Winterthur
03.2003-07-2005 Wissenschaftliche Mitarbeit in der Forschungsgruppe Public Mental Health der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (Prof. Dr. med. et Dipl.-Psych. W. Rössler)
10.2005-dato Wissenschaftliche Mitarbeit (Forschung/Entwicklung, Lehre) im Institut Kinder- und Jugendhilfe, Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz, Basel

4. Praktika und Freiwilligenarbeit

11.1993-02.1994 Verlagspraktikum Schulthess Polygraphischer Verlag, Zürich
02.1996-03.1996 Praktikum im Tageshort Schönengrund, Winterthur
02.1997-11.1997 Praktikum (Teilzeit) im Schulpsychologischen Dienst Bezirk Pfäffikon ZH
07.1999-02.2001 Ehrenamtliche Mitarbeit im Kulturbetrieb „Kraftfeld“, Winterthur
05.2005-10.2006 Aufbau und Leitung der fachlich begleiteten Selbsthilfegruppe „Erwachsene Kinder mit einem psychisch erkrankten Elternteil“ für VASK Zürich (Vereinigung der Angehörigen von Schizophrenie- und Psychischkranken)

5. Mitgliedschaft

FSP Föderation Schweizer Psychologinnen und Psychologen
ZüPP Kantonalverband der Zürcher Psychologinnen und Psychologen
Public Health Schweiz

6. Publikationen und Referate

- Müller, B. (2008). Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil: Eine systemische Perspektive. In A. Lenz & J. Jungbauer (Hrsg.), *Kinder und Partner psychisch kranker Menschen: Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte* (S. 137-156). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Müller, B., Nordt, C., Lauber, C., Rössler, W. (2007). Changes in social network diversity and perceived social support after psychiatric hospitalization: results from a longitudinal study. *International Journal of Social Psychiatry*, 53, 564-575.
- Müller, B. & Schaffner, D. (2007). Motivationssemester als Angebote im Übergang von der Schule in Ausbildung und Arbeit – Wirkungen, Grenzen und künftige Entwicklungen eines entstehenden Handlungsfeldes der Sozialen Arbeit. *Schweizerische Zeitschrift für Soziale Arbeit*, 2, 61-78.
- Müller, B. (2007). *Motivationssemester – ein Angebot für Jugendliche im Übergang in Berufsbildung und Arbeitsmarkt*. FHNW, Hochschule für Soziale Arbeit: Forschungsbericht.
[Online: <http://www.fhnw.ch/sozialearbeit/ikj/forschung-und-entwicklung/abgeschlossene-projekte9>]
- Nordt, C., Müller, B., Lauber, C., Rössler, W. (2007). Predictors and course of vocational status, income, and subjective quality of life. *Social Science & Medicine*, 65, 1420-1429.
- Müller, B., Nordt, C., Lauber, C., Meyer, P.C., Rüesch, P., Rössler, W. (2006). Social support modifies perceived stigmatization in the first years of mental illness: A longitudinal approach. *Social Science & Medicine*, 62, 39-49.
- Müller B. (2005). Die übersehenen Kinder. Kinder von Eltern mit psychischen Störungen. *Pädiatrie*, 4, 6-9.
- Nordt, C., Müller, B., Lauber, C., Rössler, W. (2003). Erhöhte Stigmatisierung durch vergangenen Klinikaufenthalt? Resultate einer Befragung der schweizerischen Bevölkerung. *Psychiatrische Praxis*, 30, 384-388.
- Müller, B. (2001). *Familienkonstrukte psychisch erkrankter Mütter und ihrer Angehörigen*. Universität Zürich: unveröffentlichte Lizentiatsarbeit.
- Gutmann, R., Huber, C. & Müller, B. (2007). Workshop „Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil – Unterstützungsbedarf und Unterstützungsmöglichkeiten“ an der Swiss Public Health Conference, Olten, 21./22.06.2007.
- Müller, B. (2005). Familien mit einer psychisch erkrankten Mutter. Referat an der Tagung der VASK (Vereinigung der Angehörigen von Schizophrenie- und Psychisch-Kranken), Kilchberg, 16.04.2005 .
- Müller, B., Nordt, C., Lauber, C. & Rössler, W. (2004). Stigma and social support: Is there a link? Poster presented at the XII. Symposium of the AEP (Association of European Psychiatrists), Mannheim, 24.06.2004.